

Votre affiliation

- Vous demandez à être affilié(e) à MIEL Mutuelle ainsi qu'au contrat Garantie Allocation d'obsèques assuré par AUXIA, société du groupe Malakoff Médéric Humanis, régie par le Code des Assurances, SA au capital entièrement libéré de 74 545 776 € - RCS de Paris 422 088 476 dont le siège social est situé au 21 rue Laffitte 75009 Paris et à la Garantie Assistance assurée et gérée par Mutuaide Assistance, entreprise régie par le code des assurances, 383 974 086 RCS Créteil, siège social : 8-14, avenue des Frères Lumière 94368 Bry Sur Marne Cedex.
- Vous reconnaissez avoir pris connaissance des Conditions générales, du tableau de garanties, du Règlement Mutualiste et des Statuts de MIEL Mutuelle qui vous ont été remis ce jour.
- Vous reconnaissez que le conseiller vous a bien remis le document d'informations sur le produit d'assurance complémentaire santé ainsi que la fiche conseil.
- Vous reconnaissez avoir reçu l'information nécessaire vous permettant de déterminer si le contrat de complémentaire santé proposé est cohérent avec vos besoins et votre situation financière.
- Vous devez joindre obligatoirement les pièces justificatives précisées en page suivante.
- L'adhésion à ce contrat peut être réalisée par toute personne Résident Ehpad.

• **Malakoff Médéric Mutuelle (dénommée Mutuelle Malakoff Humanis à compter du 1^{er} janvier 2020), Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le N° 784 718 256, 21 rue Laffitte 75009 Paris, Mutuelle substituante, se substitue intégralement à MIEL Mutuelle, mutuelle substituée, dans les conditions prévues à l'article L.211-5 du Code de la Mutualité. La substitution s'étend à l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par MIEL Mutuelle pour l'exécution des engagements nés ou à naître.**

La Mutuelle Malakoff Humanis donne à MIEL Mutuelle sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis de ses membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale.

Si l'agrément accordé à Mutuelle Malakoff Humanis lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation.

• Informations relatives au traitement de mes données personnelles

Les données personnelles collectées et traitées sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s).

Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà des durées applicables de prescription et de conservation des documents comptables.

L'affilié peut demander l'accès, la rectification, l'effacement, une limitation ou opposition au traitement, la portabilité de ses données, ou introduire une réclamation ou des directives post mortem en écrivant à MIEL Mutuelle - Délégué à la protection des données (DPO), 11 rue du Gris de Lin, 42021 SAINT-ETIENNE CEDEX 1. Plus de détails sur <https://www.mielmut.fr/MielMutuelle/protection-donnees-personnelles/>

- Pour l'année 2019, au titre de l'ensemble des contrats frais de santé assurés par MIEL Mutuelle,

- Le taux de redistribution s'élevait à 78,21%.

Ce ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

- Le montant total des frais de gestion, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes, s'élevait à 17,88%.

Ce ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le

réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Fait à* : _____ le : ____/____/20____

Signature du client *

Représentant majeur protégé :

Signature du représentant majeur protégé*

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Votre conseiller commercial :

*informations obligatoires

PIECES A RETOURNER OBLIGATOIREMENT A VOTRE CONSEILLER

- Bulletin d'affiliation dûment complété et signé
- Copie de votre Carte Nationale d'Identité recto/verso ou passeport (en cours de validité)
- Justificatif de la mise sous tutelle / curatelle (le cas échéant)
- Relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne
- Mandat de prélèvement SEPA
- ou
- Votre règlement par chèque

Pour l'affilié et chaque ayant-droit déclaré au contrat :

- Attestation d'immatriculation à l'organisme social jointe à l'envoi de la Carte Vitale

Pour le conjoint si le nom de famille diffère :

- Conjoint : Copie du livret de famille ou extrait d'acte de mariage
- Concubin : Justificatif de domicile commun de moins de 3 mois (exemple RIB, quittance EDF ...)
- PACS : Justificatif de Pacte Civil de Solidarité.

Pour les enfants âgés entre 20 et 25 ans :

- Dernier avis d'imposition ou certificat de scolarité de l'année en cours.

Pour les autres personnes à charge se référer au règlement mutualiste.

MANDAT de Prélèvement SEPA

A retourner à : MIEL Mutuelle, 11 rue du Gris de Lin 42021 Saint-Etienne Cedex 1

En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area), vous autorisez MIEL Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MIEL Mutuelle.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

MIEL Mutuelle
FR72ZZZ391079
11 rue du Gris de Lin
42021 Saint-Etienne Cedex 1
FRANCE

Votre nom

.....
Civilité / Nom / Prénom du débiteur

Votre adresse

.....
Entrée, bat, immeuble / Numéro et libellé de la voie / Lieu dit

.....
Code Postal / Ville / Cedex

.....
Pays

Les coordonnées de votre compte

.....
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

.....
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement

Paiement récurrent Paiement ponctuel

Signé à

.....
Ville (35 caractères maximum) Date : JJ/MM/AAAA

Signature(s)

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Informations relatives au traitement de vos données personnelles

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.

Les données personnelles collectées et traitées sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la (ou les) finalité(s) déclarée(s).

Les données personnelles collectées ne seront pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la réalisation des finalités déclarées, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légales applicables. Toute personne concernée peut en demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, demander une limitation du traitement ou s'y opposer, et définir des directives post mortem en écrivant à dpo-mielmut@mielmut.com ou à l'adresse : MIEL Mutuelle - Délégué à la protection des données (DPO) - 11, rue du Gris de Lin 42021 SAINT ETIENNE cedex 1. Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Plus de détails sur <https://www.mielmut.fr/MielMutuelle/protection-donnees-personnelles/>

CONDITIONS GENERALES

Valant Notice d'information

1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat est conclu à la date d'effet inscrite dans le bulletin d'affiliation. Il se compose :

- Du bulletin d'affiliation valant conditions personnelles
- Des présentes conditions générales
- Du tableau de garanties
- Du règlement mutualiste de MIEL Mutuelle
- Des statuts de MIEL Mutuelle

Le contrat a pour objet de garantir à l'affilié et, le cas échéant, de ses ayants droit, le remboursement des frais médicaux occasionnés par une maladie ou une maternité, en complément des prestations versées par le régime obligatoire et dans la limite des dépenses réellement engagées, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale. (article 9 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite loi Evin).

Les prestations couvertes sont définies selon la formule choisie sur le bulletin d'affiliation.

2. CONDITIONS D'AFFILIATION

Peut adhérer au contrat toute personne, résidant en France (incluant les départements d'outre-mer), quel que soit son régime d'affiliation à la Sécurité sociale, sa profession, son statut social, son âge, sa nationalité.

Lorsque la personne dépend du régime obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non salariés, elle s'engage à être à jour, au moment de l'adhésion, de ses cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

Peuvent bénéficier des prestations de la mutuelle les ayants droit de la mutuelle.

Les conditions dans lesquelles une personne est considérée comme ayant droit d'un membre participant sont définies par les statuts.

3. MODALITES D'ADHESION

Toute personne qui souhaite s'affilier fait acte d'adhésion. Préalablement à la signature du bulletin d'affiliation, le membre participant prend connaissance :

- Des présentes conditions générales
- Des statuts
- Du règlement mutualiste
- Du tableau de garanties
- Du document d'information sur le produit d'assurance complémentaire santé
- De la fiche Conseil

L'affilié doit remplir, dater et signer un bulletin d'affiliation présentant les conditions personnelles de son adhésion.

L'affilié doit renseigner toutes les informations demandées, et notamment la date d'effet souhaitée pour son adhésion (au maximum 12 mois après la date de signature du bulletin), ainsi que le niveau de garantie choisie.

La signature du bulletin d'affiliation emporte acceptation des dispositions des statuts ainsi que des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Pour le règlement de vos cotisations, vous pouvez opter pour un règlement par prélèvement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel sans frais. Dans cette hypothèse, vous devez compléter le mandat de prélèvement SEPA, effectuer votre choix de périodicité et nous joindre un RIB ou un RICE. Si vous souhaitez le versement de vos prestations sur un compte différent, il convient de nous joindre le RIB ou le RICE correspondant.

Si vous optez pour un règlement par chèque annuel, vous devez joindre au bulletin d'affiliation un chèque du montant correspondant libellé à l'ordre de MIEL Mutuelle.

Le fait d'adresser un chèque ou un mandat de prélèvement SEPA vaut acceptation de ce mode de paiement pour la durée d'exécution du contrat, sauf modification expressément demandée par l'affilié à la Mutuelle.

Pour nous permettre de vous proposer les garanties adaptées à votre situation et de calculer la cotisation correspondante vous devez :

- À LA SOUSCRIPTION

Répondre avec exactitude aux questions posées dans les documents de souscription.

- EN COURS DE CONTRAT

Nous déclarer, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, toutes les modifications du risque concernant le souscripteur et/ou le(s) bénéficiaire(s) :

- changement de régime,
- changement de domicile,
- décès.

Si ces changements modifient le montant de votre cotisation, une réévaluation de cette dernière sera effectuée.

4. ASSISTANCE

MIEL MUTUELLE ASSISTANCE SANTE CONDITIONS GENERALES D'ASSISTANCE SANTE

COMMENT CONTACTER NOTRE SERVICE ASSISTANCE

8-14, avenue des Frères Lumière
94368 BRY SUR MARNE CEDEX
7 jours sur 7 – 24 heures sur 24

N°Azur 08 10 811 159

PREMIER D'APPEL LOCAL DEPUIS UN POSTE FIXE.

- par téléphone : **(33.1. 41.77.45.85 de l'étranger)**
- par télécopie : **01.45.16.63.92**
- par e-mail : **assistance@mutuaide.fr**

Pour nous permettre d'intervenir dans les meilleures conditions, pensez à rassembler les informations suivantes qui vous seront demandées lors de votre appel :

- Le nom du contrat auquel vous êtes rattaché,
- Vos nom et prénom,
- L'adresse de votre domicile,
- Préciser l'adresse exacte (n°, rue, hôtel éventuellement, etc.),
- Le numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre,
- La nature de votre problème.

Lors du premier appel, un numéro de dossier d'assistance vous sera communiqué. Le rappeler systématiquement, lors de toutes relations ultérieures avec notre Service Assistance.

ARTICLE 1 - DEFINITIONS

Nous : MIEL MUTUELLE ASSISTANCE. La gestion et la garantie des prestations « MIEL MUTUELLE ASSISTANCE » est confiée à MUTUAIDE ASSISTANCE, Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 12.558.240 € entièrement versé, dont le siège social est situé 8-14 avenue des Frères Lumière - 94368 BRY-SURMARNE cedex.

Bénéficiaire :

- ▶ toute personne domiciliée en France métropolitaine, Principautés d'Andorre et de Monaco et souscripteur d'un contrat complémentaire santé auprès de MIEL MUTUELLE,
- ▶ son conjoint de droit ou de fait, son concubin,
- ▶ ses descendants fiscalement à charge vivant sous le même toit,
- ▶ ses ascendants vivant sous le même toit (sauf pour la garantie « Aide ménagère »)

Domicile :

Le lieu de résidence principale du bénéficiaire en France métropolitaine, D.R.O.M., Principautés d'Andorre et de Monaco.

Hospitalisation :

Tout séjour de plus de 24 heures dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Hospitalisation imprévue :

Toute hospitalisation consécutive à une maladie soudaine ou à un accident corporel.

Immobilisation d'un bénéficiaire au domicile :

L'état qui empêche le bénéficiaire d'exercer son activité habituelle et qui entraîne à la suite d'une maladie ou d'un accident, son immobilisation au domicile, pour une durée d'au moins 5 jours consécutifs, pour des raisons médicalement justifiées et prouvées.

Maladie :

Toute altération de la santé médicalement constatée, entraînant soit un arrêt total des activités, soit une hospitalisation en établissement public ou privé, ou à domicile.

Certificat médical descriptif :

Document justifiant et prouvant l'hospitalisation ou l'immobilisation d'un bénéficiaire au domicile. Il est complété à la fois par le médecin qui atteste de l'incapacité et par le bénéficiaire qui complète la partie administrative.

Animal familier :

Animal domestique (chien, chat).

Validité des garanties :

Les garanties d'assistance sont acquises pendant la durée de validité de l'adhésion à MIEL MUTUELLE ASSISTANCE.

Territorialité :

Les garanties s'exercent exclusivement en France sauf les garanties « Personnes en déplacement » et « Rapatriement de corps » qui s'exercent en France et à l'étranger.

Par ailleurs, des dispositions spécifiques aux bénéficiaires résidant dans les D.R.O.M. sont applicables pour certaines garanties.

Nous organisons :

Nous accomplissons les démarches nécessaires pour délivrer la prestation.

Nous prenons en charge :

Nous supportons le coût de la prestation.

Déchéance des garanties :

Le non-respect par le bénéficiaire de ses obligations envers MIEL MUTUELLE ASSISTANCE en cours de contrat entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus à la présente convention.

Mise en oeuvre des garanties :

L'assistance doit toujours faire l'objet d'une demande préalable auprès de MIEL MUTUELLE ASSISTANCE. En tout état de cause l'assistance qui n'a pas été organisée par MIEL MUTUELLE ASSISTANCE ou en accord avec elle, ne donne pas droit, à posteriori, à un remboursement ou à une quelconque indemnisation.

ARTICLE 2 -

GARANTIES D'ASSISTANCE SANTÉ

A – EN TOUTES CIRCONSTANCES

RECHERCHE ET ENVOI D'UN MEDECIN

En cas d'absence de son médecin traitant, nous pouvons aider le bénéficiaire à rechercher un médecin, et l'envoyer à son chevet.

En aucun cas MIEL MUTUELLE ASSISTANCE ne pourra être tenue pour responsable si aucun médecin n'est disponible. De même, l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de MIEL MUTUELLE ASSISTANCE.

Les frais de déplacement, de soins, les honoraires et autres restent à la charge du bénéficiaire.

MEDECIN CONSEIL

Hors urgence médicale et en l'absence de son médecin traitant, le bénéficiaire peut obtenir des conseils médicaux par téléphone prodigués par les médecins de MIEL MUTUELLE ASSISTANCE.

Ces conseils ne pourront cependant pas être considérés comme des consultations médicales.

RECHERCHE ET ENVOI DE PERSONNEL MEDICAL OU PARA-MEDICAL

En dehors des heures d'ouverture des cabinets et établissements médicaux ou para médicaux, nous pouvons aider le bénéficiaire à rechercher des intervenants paramédicaux.

Notre rôle se limite à fournir au bénéficiaire des adresses et des numéros de téléphone.

Il appartient au bénéficiaire de sélectionner le prestataire de son choix et de négocier avec lui les conditions de son

intervention. En aucun cas, nous ne pourrions nous porter garants de la qualité des soins dispensés et voir notre responsabilité engagée à ce titre.

Les frais de déplacement, de soins, les honoraires et autres restent à la charge du bénéficiaire.

LIVRAISON DES MEDICAMENTS

Si le bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer hors de son domicile, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes locales et pendant un mois, la livraison des médicaments qui ont fait l'objet d'une prescription médicale.

Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.

RESERVATION D'UNE PLACE EN MILIEU HOSPITALIER

Nous pouvons, sur prescription médicale, aider le bénéficiaire à rechercher une place en milieu hospitalier spécialisé ou non, dans un rayon de 50 kilomètres autour du domicile.

RECHERCHE ET ENVOI D'UNE AMBULANCE OU D'UN VSL

Sur prescription médicale uniquement, nous pouvons organiser le transport du bénéficiaire en ambulance ou en véhicule sanitaire léger jusqu'au centre hospitalier approprié de son choix, le plus proche de son domicile ou jusqu'à l'établissement indiqué sur la prescription médicale, dans un rayon de 50 kilomètres de son domicile.

En aucun cas MIEL MUTUELLE ASSISTANCE ne peut se substituer aux secours locaux d'urgence tels que : samu, smur, pompiers, etc.

ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

Sur demande, une Assistante Sociale peut réaliser un bilan de votre situation individuelle et vous informer sur les aides dont vous pouvez bénéficier. Elle peut également vous assister, si vous le souhaitez, dans vos démarches auprès des organismes appropriés.

B – EN CAS D'HOSPITALISATION

TRANSMISSION DE MESSAGES

Lors de son séjour à l'hôpital, si le bénéficiaire est dans l'impossibilité de communiquer un message urgent à un proche, nous l'aidons à transmettre son message.

De même, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE se chargera de transmettre les messages destinés au bénéficiaire, pendant qu'il est hospitalisé.

Les messages restent sous la responsabilité de leurs auteurs qui doivent pouvoir être identifiés et n'engagent qu'eux, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE ne jouant que le rôle d'intermédiaire pour leur transmission.

VENUE D'UN PROCHE AU DOMICILE

Si le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée supérieure à 24 heures, nous organisons, dès le premier jour, la venue

d'une personne désignée par le bénéficiaire pour lui apporter une aide au quotidien.

Nous prenons en charge les frais de transport Aller/Retour de cette personne résidant en France métropolitaine, Principautés d'Andorre ou de Monaco, ou résidant dans le pays limitrophe à moins de 100 km de son domicile pour les frontaliers. Pour les bénéficiaires domiciliés dans les D. R.O.M., nous prenons en charge les frais de transport Aller/Retour d'un proche résidant dans le même D.R.O.M.

Nous prenons également en charge les frais d'hébergement en hôtel ou les frais de mise à disposition d'un lit d'accompagnement dans l'établissement hospitalier (y compris le petit-déjeuner), de la personne qui se rend sur place dans la limite de 46 euros TTC par nuit, l'ensemble de la dépense n'excédant pas 92 euros TTC.

Les autres frais de restauration restent à la charge de cette personne.

GARDE DES ANIMAUX FAMILIERS

A la demande du bénéficiaire hospitalisé pour une durée supérieure à 24 heures, ou à la demande de son conjoint de droit ou de fait, nous organisons et prenons en charge, l'une des prestations suivantes :

► **soit** le transport ou la garde de ses animaux domestiques dans une pension animalière à concurrence de 300 € TTC par événement, quel que soit le nombre d'animaux concernés,

► **soit** un forfait d'indemnisation à concurrence de 8 € TTC par jour pendant 30 jours, si les animaux sont gardés par un voisin. Notre prise en charge est subordonnée à la présentation des justificatifs originaux attestant de la dépense réelle.

Les frais de retour des animaux familiaux au domicile restent à la charge du bénéficiaire.

GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

Si le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée supérieure à 24 heures, à sa demande ou à celle de son conjoint de droit ou de fait s'il détient l'autorité parentale, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes locales, l'une des prestations suivantes :

► **soit** le transfert accompagné des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France métropolitaine, Principautés d'Andorre, de Monaco ou dans le même D.R.O.M. pour un bénéficiaire résidant dans un D.R.O.M.. Dans ce cas nous prenons également en charge le titre de transport de l'adulte accompagnant. Si aucun accompagnant désigné par le bénéficiaire n'est disponible, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par un de ses prestataires conventionnés.

► **soit** transport aller/retour d'une personne désignée par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine, Principautés d'Andorre, de Monaco, ou dans le même D.R.O.M. pour un bénéficiaire résidant dans un D.R.O.M. pour s'occuper des enfants au domicile du bénéficiaire, et ce sur la base d'un billet de train 1ère classe ou d'avion classe tourisme.

► **soit**, dans l'hypothèse où les précédentes solutions ne pourraient convenir, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE organise et prend en charge la venue au domicile d'une assistance maternelle, dans la limite de 8 heures de garde par jour, réparties sur 5 jours à compter de la date de l'hospitalisation du bénéficiaire.

Par ailleurs, en cas de garde au domicile, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE organise et prend en charge -si nécessaire- la conduite dans leur établissement d'enseignement des enfants de moins de 16 ans.

GARDE DES PERSONNES DEPENDANTES

Si le bénéficiaire est hospitalisé pour une durée supérieure à 24 heures et qu'une personne dépendante réside habituellement à son domicile, sur demande, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes locales, l'une des prestations suivantes :

► **soit** le transfert de la personne dépendante jusqu'au domicile d'un proche, désigné par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine, Principautés d'Andorre, de Monaco, ou dans le même D.R.O.M. pour un bénéficiaire résidant dans un D.R.O.M.. Dans ce cas nous prenons également en charge le titre de transport d'un accompagnant.

► **soit** le transport aller/retour d'une personne désignée par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine, Principautés d'Andorre, de Monaco, ou dans le même D.R.O.M. pour un bénéficiaire résidant dans un D.R.O.M. pour s'occuper de la personne dépendante au domicile du bénéficiaire, et ce sur la base d'un billet de train 1ère classe ou d'avion classe tourisme.

► **soit**, dans l'hypothèse où les précédentes solutions ne pourraient convenir, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE organise et prend en charge la garde de la personne dépendante au domicile du bénéficiaire, dans la limite de 8 heures de garde par jour, réparties sur 5 jours à compter de la date de l'hospitalisation du bénéficiaire.

AIDE MENAGERE

A la demande du bénéficiaire hospitalisé pour une durée supérieure à 24 heures (8 jours en cas de maternité), ou de celle de son conjoint de droit ou de fait, nous organisons et prenons en charge la venue d'une aide ménagère pour aider aux tâches de la vie quotidienne dès le premier jour de l'hospitalisation ou bien dès le retour au domicile du bénéficiaire.

Notre prise en charge ne peut excéder 6 heures au total à raison de 2 heures consécutives minimum par jour (du lundi au vendredi hors jours fériés et dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00).

Cette prise en charge peut être portée à 10 heures si le bénéficiaire :

- vit seul,
- a un conjoint handicapé,
- a un enfant de moins de 10 ans à charge.

En cas de traitement de chimio thérapie ou de radio thérapie (à domicile ou en centre spécialisé), nous organisons et prenons en charge la venue d'une aide ménagère 2 fois 2 heures pour aider aux tâches de la vie quotidienne dès le jour de la séance ou bien dès le retour au domicile du bénéficiaire.

TELEASSISTANCE

Après une hospitalisation de plus de 8 jours, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE met, sur demande, gracieusement à la disposition du bénéficiaire un service de téléassistance médicalisée pendant une durée de trois mois.

Au-delà de cette période, nous pouvons à sa demande prolonger cette mise à disposition à un tarif préférentiel.

Si le bénéficiaire a plus de 75 ans, cette durée de prise en charge passe à 6 mois.

C – EN CAS DE MALADIE, DE BLESSURE OU D'HOSPITALISATION D'UN ENFANT

GARDE D'ENFANT MALADE

Si un problème médical imprévu (maladie soudaine ou accident corporel avec certificat médical), oblige votre enfant de moins de 16 ans à rester immobilisé plus de 24 heures à votre domicile, alors que votre activité professionnelle ne vous permet pas de rester à son chevet, nous vous proposons d'organiser et de prendre en charge :

► **soit**, le transfert A/R, à votre domicile, de l'un de vos proches résidant en France métropolitaine, ou dans le même D.R.O.M. pour un bénéficiaire résidant dans un D.R.O.M.

► **soit**, sa garde à votre domicile par du personnel qualifié à concurrence de 20 heures réparties sur au minimum deux jours entre 8 heures et 18 heures.

GARDE DES AUTRES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

Si un enfant bénéficiaire est hospitalisé pour une durée supérieure à 24 heures, nous organisons et prenons en charge sur demande, dans la limite des contraintes locales, l'une des prestations suivantes :

► **soit** le transfert accompagné des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France métropolitaine, Principautés d'Andorre, de Monaco, ou dans le même D.R.O.M. pour un bénéficiaire résidant dans un D.R.O.M.. Dans ce cas nous prenons également en charge le titre de transport de l'adulte accompagnant. Si aucun accompagnant désigné par le bénéficiaire n'est disponible, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par un de ses prestataires conventionnés.

► **soit** le transport aller/retour d'une personne désignée par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine, Principautés d'Andorre, de Monaco, ou dans le même D.R.O.M. pour un bénéficiaire résidant dans un D.R.O.M. pour s'occuper des enfants au domicile du bénéficiaire, et ce sur la base d'un billet de train 1ère classe ou d'avion classe tourisme.

► **soit**, dans l'hypothèse où les précédentes solutions ne pourraient convenir, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE organise et prend en charge la venue au domicile d'une assistance maternelle, dans la limite de 8 heures de garde par jour, réparties sur 5 jours à compter de la date de l'hospitalisation du bénéficiaire.

Par ailleurs, en cas de garde au domicile, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE organise et prend en charge -si nécessaire- la conduite dans leur établissement d'enseignement des enfants de moins de 16 ans.

SOUTIEN SCOLAIRE

Si votre enfant est immobilisé à votre domicile à la suite d'une maladie soudaine ou un accident corporel pour une durée de plus de 15 jours, nous mettons à sa disposition, à compter du 16ème jour, les services d'un répétiteur scolaire qui lui apportera, dans les matières principales, le soutien pédagogique dont il a besoin.

Cette garantie s'exerce pour tout enfant scolarisé (primaire à terminale) à concurrence de 10 heures par semaine (hors jours fériés et périodes de vacances scolaires), tant que

votre enfant n'est pas en mesure de retourner en classe. La garantie se termine à la fin de l'année scolaire en cours.

ARTICLE 3 - GARANTIES D'ASSISTANCE DECES

ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, ce service permet à l'entourage du bénéficiaire de bénéficier, à sa demande, du programme suivant :

- Analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis...),
- Information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer,
- Aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir,
- Évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en oeuvre,
- Assistance à la mise en place de la solution médico-sociale proposée.

La prestation est soumise au secret professionnel et nous ne nous substituons pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux...).

RAPATRIEMENT DE CORPS

(lors d'un déplacement au delà de 50 km du domicile)

MIEL MUTUELLE ASSISTANCE prend en charge, dans les conditions ci-dessous, les frais afférents au rapatriement du défunt uniquement dans l'hypothèse d'un décès survenant lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile du défunt. Si le décès survient dans un rayon inférieur à 50 km du domicile de l'adhérent, le transport n'est pas pris en charge au titre de la présente garantie.

MIEL MUTUELLE ASSISTANCE se charge, en relation avec les sociétés de pompes funèbres dûment habilitées et en concertation avec les autorités compétentes, de toutes les formalités liées au rapatriement du défunt.

MIEL MUTUELLE ASSISTANCE organise et prend en charge à concurrence des frais réels :

- le rapatriement du corps du défunt jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine ou en Principautés de Monaco, d'Andorre, ou dans le D.R.O.M. dans lequel le bénéficiaire à sa résidence habituelle;
- les frais de mise à disposition d'un cercueil provisoire pour le transport ;
- les frais de mise en bière imposés, le cas échéant, par la réglementation en vigueur ;
- le retour au domicile des personnes qui voyageaient avec le bénéficiaire sur la base d'un billet de train 1ère classe ou d'avion classe tourisme (en France métropolitaine, les animaux familiaux voyageant avec le bénéficiaire sont aussi ramenés au domicile)

Par ailleurs, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE prend en charge dans les 3 jours qui suivent le décès jusqu'à 155 € de frais de taxi qui seraient exposés pour des trajets en rapport avec le décès.

Les frais de cérémonie, d'accessoires, d'inhumation et de crémation ne relèvent pas de la présente garantie. Les frais de recherche en mer, montagne et désert ne sont pas garantis au titre du rapatriement du défunt.

Si la présence d'un proche est requise par les autorités locales pour effectuer les démarches nécessaires au rapatriement, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE organise et prend en charge :

- le transport aller et retour de celui-ci résidant en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco, et ce sur la base d'un billet de train 1ère classe ou d'avion classe tourisme ;
- les frais d'hôtel à concurrence de 61 euros TTC par nuit, pendant 5 jours maximum.

AIDE MENAGERE

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, et sur demande dans les 10 jours qui suivent l'évènement, nous organisons et prenons en charge la venue d'une aide ménagère pour aider aux tâches de la vie quotidienne.

Notre prise en charge ne peut excéder 6 heures au total à raison de 2 heures consécutives minimum par jour (du lundi au vendredi hors jours fériés et dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00).

Cette prise en charge peut être portée à 10 heures si le bénéficiaire :

- vit seul,
- a un conjoint handicapé,
- a un enfant de moins de 10 ans à charge.

GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

Si le bénéficiaire vient de décéder, à la demande d'une personne détenant l'autorité parentale, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes locales, l'une des prestations suivantes :

► **soit** le transfert accompagné des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France métropolitaine, Principautés d'Andorre, de Monaco, ou dans le même D.R.O.M. pour un bénéficiaire résidant dans un D.R.O.M.. Dans ce cas nous prenons également en charge le titre de transport de l'adulte accompagnant. Si aucun accompagnant désigné par le bénéficiaire n'est disponible, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par un de ses prestataires conventionnés.

► **soit** le transport aller/retour d'une personne désignée par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine, Principautés d'Andorre, de Monaco, ou dans le même D.R.O.M. pour un bénéficiaire résidant dans un D.R.O.M. pour s'occuper des enfants au domicile du bénéficiaire, et ce sur la base d'un billet de train 1ère classe ou d'avion classe tourisme.

► **soit**, dans l'hypothèse où les précédentes solutions ne pourraient convenir, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE organise et prend en charge la venue au domicile d'une assistance maternelle, dans la limite de 8 heures de garde par jour, réparties sur 5 jours à compter du décès du bénéficiaire.

Par ailleurs, en cas de garde au domicile, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE organise et prend en charge -si nécessaire- la conduite dans leur établissement d'enseignement des enfants de moins de 16 ans.

GARDE DES PERSONNES DEPENDANTES

Si le bénéficiaire vient de décéder et qu'une personne dépendante réside habituellement à son domicile, sur demande, nous organisons et prenons en charge, dans la limite des contraintes locales, l'une des prestations suivantes:

► **soit** le transfert de la personne dépendante jusqu'au domicile d'un proche, désigné par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine, Principautés d'Andorre, de Monaco, ou dans le même D.R.O.M. pour un bénéficiaire résidant dans un D.R.O.M.. Dans ce cas nous prenons également en charge le titre de transport d'un accompagnant.

► **soit** le transport aller/retour d'une personne désignée par le bénéficiaire et résidant en France métropolitaine, Principautés d'Andorre, de Monaco, ou dans le même D.R.O.M. pour un bénéficiaire résidant dans un D.R.O.M. pour s'occuper de la personne dépendante au domicile du bénéficiaire, et ce sur la base d'un billet de train 1ère classe ou d'avion classe tourisme.

► **soit**, dans l'hypothèse où les précédentes solutions ne pourraient convenir, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE organise et prend en charge la garde de la personne dépendante au domicile du bénéficiaire, dans la limite de 8 heures de garde par jour, réparties sur 5 jours à compter du décès du bénéficiaire.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Au décès d'un bénéficiaire, les membres de la famille du défunt peuvent demander l'organisation et la prise en charge d'entretiens avec un psychologue clinicien.

Le soutien psychologique est exclusivement réservé au conjoint, aux ascendants et / ou enfants du défunt ; il est limité, pour l'ensemble des ayants droits identifiés ci-avant, à 4 entretiens en rapport avec la survenance du décès.

Cette prestation est accordée uniquement pour les demandes téléphoniques formulées auprès des services de MIEL MUTUELLE ASSISTANCE dans les douze mois à compter de la survenance du décès.

Dans tous les cas, la décision de mise en oeuvre du soutien psychologique appartient exclusivement au médecin, éventuellement après contact et accord du médecin traitant.

GARDE DES ANIMAUX FAMILIERS

Sur demande des ayants-droit du défunt, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

► **soit** le transport et la garde des animaux familiers dans une pension animalière pendant 5 jours, ATTENTION : Les frais de retour des animaux restent à la charge de la famille.

► **soit**, un forfait d'indemnisation à concurrence de 10 € par jour pendant 5 jours, si les animaux sont gardés par un voisin.

La prise en charge est subordonnée à la présentation des justificatifs originaux attestant de la dépense réelle.

ARTICLE 4 - GARANTIES PERSONNES EN DEPLACEMENT

RAPATRIEMENT MEDICAL

Si, lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile, en France ou à l'étranger, le bénéficiaire est malade ou blessé, nous organisons et prenons en charge le rapatriement au domicile du bénéficiaire ou dans un centre hospitalier proche de chez lui (y compris le retour de ses bagages). Sur prescription de notre médecin conseil, nous organisons

et prenons en charge le transport d'un accompagnant à ses côtés.

Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter la date du rapatriement, le choix du moyen de transport ou du lieu d'hospitalisation.

La décision de rapatriement est prise par notre médecin conseil, après avis du médecin traitant occasionnel et éventuellement du médecin de famille.

RAPATRIEMENT DES BENEFICIAIRES ACCOMPAGNANTS

Lorsqu'un bénéficiaire est transporté dans les conditions définies ci-avant au paragraphe «rapatriement médical », MIEL MUTUELLE ASSISTANCE organise et prend en charge, si nécessaire, le transport des autres bénéficiaires voyageant avec lui jusqu'au lieu de l'hospitalisation ou au lieu de résidence du bénéficiaire par tout moyen approprié (taxi, véhicule sanitaire léger, ambulance, train 1ère classe, avion de ligne régulière en classe économique, avion sanitaire,.....).

VISITE D'UN PROCHE

Si le bénéficiaire est seul sur place et hospitalisé pour une durée supérieure à 10 jours consécutifs et que son rapatriement ne peut être envisagé dans l'immédiat, nous organisons et prenons en charge :

► Le transport aller/retour d'une personne résidant dans le pays d'origine du bénéficiaire et désignée par le bénéficiaire pour se rendre à son chevet, et ce sur la base d'un billet de train 1ère classe ou d'avion classe tourisme.

► Les frais d'hébergement de cette personne dans la limite de 61 € TTC par nuit (petit déjeuner inclus), avec un maximum de 610 € TTC par événement.

Les frais de restauration restent à la charge de cette personne.

FRAIS MEDICAUX ET D'HOSPITALISATION

A L'ETRANGER

Suite à une maladie soudaine ou un accident corporel survenu lors d'un séjour à l'étranger, nous vous remboursons la partie des frais médicaux engagés non prise en charge par la Sécurité sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance, à concurrence de 7.500 € (150 € pour les frais de soins dentaires), déduction faite d'une franchise de 35 €.

AVANCE FRAIS MEDICAUX ET D'HOSPITALISATION A L'ETRANGER

Suite à une maladie soudaine ou un accident corporel survenu lors d'un séjour à l'étranger, nous pouvons, en cas d'hospitalisation, faire une avance des frais engagés par règlement direct au centre hospitalier à concurrence de 7.500 €.

ARTICLE 5- GARANTIES « INFORMATIONS PRATIQUES » et « SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE »

INFORMATIONS PRATIQUES

Les informations communiquées sont des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Elles ne constituent pas des consultations juridiques ni médicales.

MIEL MUTUELLE ASSISTANCE recherche les informations pratiques à caractère documentaire destinées à renseigner le bénéficiaire, notamment dans les domaines suivants:

INFORMATIONS SANTE

- numéros de téléphone d'urgence,
- vaccinations, hygiène, prévention, diététique,
- associations spécialisées,
- centres de cure, de thalassothérapie,
- centres hospitaliers, centres de soins, de convalescence,
- établissements spécialisés,
- précautions à prendre en cas de voyage selon les pays visités.

Par ailleurs, en cas de maladie ou d'hospitalisation du bénéficiaire, nos équipes médicales sont susceptibles d'apporter à l'adhérent des informations médicales générales sur la nature du traitement ou de l'opération envisagée.

Ces informations personnelles et confidentielles ne sauraient remplacer une consultation médicale ni établir un diagnostic ou un traitement.

INFORMATIONS DROIT, ADMINISTRATION

- les droits du consommateur, la succession,
- les régimes matrimoniaux, les affaires familiales, les relations avec les administrations,
- les droits des conjoints divorcés,
- la fiscalité,
- le droit au logement,
- les comptes bancaires, les assurances,
- les démarches traditionnelles, papiers officiels, visas...
- les organismes sociaux
- les rentes, pensions d'invalidité, indemnités journalières, remboursement de frais médicaux,
- l'aide aux handicapés

- les aides sociales, les allocations veuvage

INFORMATIONS FINANCES

► Fonctionnement des produits financiers

- Valeurs mobilières
- Actions, obligations, OPVCM, PEA, certificats d'investissement, bons du trésor...
- Produits d'épargne et de retraite
- PEP, PEL, CODEVI, livrets A et B, livrets d'épargne entreprise, assurance vie...
- Valeurs immobilières, le marché immobilier, la pierre, le viager.....
- Crédits
- Les services bancaires, le découvert, les dates de valeur, les chèques et cartes bancaires, les prélèvements...
- Environnement économique et financier
- Le marché financier et ses intervenants
- Le marché primaire, le marché secondaire, le règlement mensuel, le marché au comptant.....
- Actualité économique des entreprises
- Fusion, participation, augmentation de capital, orientation et stratégie...
- L'entreprise en bref et les chiffres clés
- Capital, tour de table, dirigeants, activité, CA, production, résultats nets, fonds de roulement, trésorerie, actif....
- Ratios économiques et financiers
- Investissement, productivité, financement et structure de bilan....
- Cotation et historiques, lexique des termes bancaires et boursiers

INFORMATIONS EMPLOI

- Le droit social,
- Les relations avec l'employeur,
- les droits, le harcèlement...

INFORMATIONS HABITATION

- la construction, l'accès à la propriété,
- la location, les problèmes de voisinage etc.
- Communication de coordonnées de prestataires dans les domaines de :
- l'entretien courant,
- le dépannage et la révision d'équipements divers, chauffage, plomberie,
- la modification, l'aménagement de combles, les extensions diverses, la décoration...
- Communication d'informations pour l'aide au déménagement :
- les démarches traditionnelles à effectuer vis à vis des Administrations, assurances, des structures locales disponibles, écoles, crèches, dispensaires, activités culturelles...
- sociétés de déménagement, loueurs de véhicules utilitaires
- les aménagements domestiques...

INFORMATIONS ENSEIGNEMENT

La scolarité :

- Comment choisir un établissement,
- Ecoles maternelles, primaires, secondaires, universités,
- vers quelles filières s'orienter,
- quelles options sélectionner,
- quand et comment s'inscrire,
- le suivi scolaire, où s'adresser,
- l'enseignement à distance,
- les établissements spécialisés,
- la scolarité pour les enfants sourdoyés,
- la scolarité pour les enfants handicapés, les précautions à prendre sur le plan médical (vaccins, traitements particuliers),
- les cours de soutien,
- les cours de langue,
- les séjours linguistiques,
- L'environnement des étudiants :
- les bourses et aides financières,
- le logement,
- la couverture sociale,
- la recherche de stage en entreprise
- La poursuite des études :
- les métiers d'avenir, les débouchés, les salaires,
- les filières à suivre,
- rentabiliser un diplôme,
- les formations spécialisées

INFORMATIONS OBSEQUES

Se préparer à la mort :

- pourquoi s'y préparer,
- dispositions pratiques,
- les dons d'organes,
- mort et croyances
- Le décès :
- le décès à l'hôpital,
- le décès au domicile,
- les morts particulières,
- le constat du décès,
- les prélèvements d'organes,
- la thanatopraxie (conservation du corps),

- ▶ le transport du corps,
- ▶ la chambre funéraire

les obsèques :

- ▶ les sociétés de pompes funèbres et de marbrerie,
- ▶ l'organisation des pompes funèbres,
- ▶ la préparation des obsèques,
- ▶ la toilette du défunt,
- ▶ le choix du cercueil et des accessoires,
- ▶ les voitures funéraires,
- ▶ les concessions,
- ▶ la crémation,
- ▶ les différents rites et cérémonies religieuses.

INFORMATIONS VOYAGES, LOISIRS

- ▶ les différentes activités praticables au niveau de sa région,
- ▶ les itinéraires routiers,
- ▶ les conditions d'accès aux programmes proposés par les organismes,
- ▶ les associations et autres structures implantées localement dans les domaines culturels, sportifs, du 3ème Âge.

Dans le cadre d'un déplacement, programmé ou en cours, toute information sur :

- ▶ les précautions à prendre sur le plan médical (vaccins, traitements particuliers),
- ▶ les formalités à la frontière,
- ▶ le climat,
- ▶ la monnaie,
- ▶ les us et coutumes

L'hébergement en France :

- ▶ la location,
- ▶ l'hôtel,
- ▶ le camping,
- ▶ les gîtes ruraux,
- ▶ les chambres d'hôtes,
- ▶ les auberges de jeunesse,
- ▶ les stations de sports d'hiver,
- ▶ les stations balnéaires

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas de problème de santé, de problème lié au travail ou d'entrée d'un proche en état de dépendance, le bénéficiaire peut demander l'organisation et la prise en charge d'entretiens par téléphone (maximum 4) avec un psychologue clinicien.

Dans tous les cas, la décision de mise en oeuvre du soutien psychologique appartient exclusivement au médecin, éventuellement après contact et accord du médecin traitant.

ARTICLE 6- SERVICES A LA PERSONNE

MIEL Services à la personne, ce sont 20 prestations rentrant dans le cadre du « plan Borloo » :

- ▶ la famille : soutien scolaire, garde d'enfants, repassage, assistance,
- ▶ la maison : ménage, jardinage, petit bricolage...
- ▶ les personnes dépendantes : portage de repas à domicile, aide à la mobilité et transports, soins d'esthétique à domicile, gardiennage...

La liste complète des prestations est consultable sur le site officiel <http://www.servicessalapersonne.gouv.fr>.

Les prestataires couvrent l'ensemble du territoire national. Avec MIEL services à la personne, les tarifs sont tout compris :

- ▶ Charges comprises
- ▶ Pas de congés payés en sus
- ▶ Pas de formalités administratives (vous payez une fois par mois les prestations commandées)
- ▶ Vous arrêtez quand vous voulez (pas de licenciement)

MIEL services à la personne est un service simple et souple
Pas d'abonnement à payer
Pas d'engagement dans la durée

Les utilisateurs des services bénéficient de réduction d'impôts dans des conditions fixées chaque année par la Loi de Finance.

ARTICLE 7 – « EXCLUSIONS DE L'ASSISTANCE SANTE »

Ne donnent pas lieu à notre intervention :

- ▶ Les maladies psychiatriques (dépressions, psychoses, névroses, troubles psychologiques divers), ainsi que les maladies ou déficiences mentales,
- ▶ Les traitements ou interventions chirurgicales à but esthétique qui ne seraient pas la conséquence d'un accident garanti par le contrat, ou dans un but de rajeunissement,
- ▶ Une aggravation due à un traitement tardif liée à une négligence de l'assuré ou à l'inobservation intentionnelle par celui-ci des prescriptions du médecin,
- ▶ L'usage de médicaments ou de toute substance hors prescription médicale, ainsi que l'abus d'alcool,
- ▶ Les déplacements entrepris dans un but médical ou thérapeutique,
- ▶ Les convalescences et les affections en cours de traitement non encore consolidées,
- ▶ Une infirmité préexistante.

- ▶ Le suicide ou la tentative de suicide et ses conséquences,
- ▶ Toute mutilation volontaire du bénéficiaire,

ARTICLE 8 – EXCLUSIONS GENERALES DE L'ASSISTANCE

Ne donnent pas lieu à notre intervention :

- ▶ Les prestations qui n'ont pas été demandées et/ou qui n'ont pas été organisées par MIEL MUTUELLE ASSISTANCE ou avec son accord,
- ▶ Les conséquences et/ou dommages survenant dans les pays en état de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, les pays touchés par des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée ou autres cataclysmes,
- ▶ Les conséquences et/ou dommages résultant d'infractions à la législation française ou étrangère,
- ▶ L'utilisation par le bénéficiaire d'appareils de navigation aérienne, d'engins de guerre et armes à feu,
- ▶ La pratique de tout sport à titre professionnel,
- ▶ La participation du bénéficiaire à des paris, rixes (sauf cas de légitime défense).
- ▶ Les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire conformément à l'art. L 113-1 du Code des Assurances,

ARTICLE 9 – REGLES DE FONCTIONNEMENT

L'intervention de MIEL MUTUELLE ASSISTANCE n'a pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale. L'application de ces garanties est appréciée par MIEL MUTUELLE ASSISTANCE, pour ce qui concerne leur durée et le montant de leur prise en charge, en fonction de la nature et de la gravité de l'événement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionnés au patient bénéficiaire et à son entourage.

Toute prestation doit toujours faire l'objet d'une demande préalable auprès de nous. En tout état de cause l'assistance qui n'est pas organisée par nous ou avec notre accord, ne donne pas droit, a posteriori, à un remboursement ou à une indemnisation.

Dès réception de l'appel, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE, après avoir vérifié les droits du demandeur, organise et prend en charge les prestations prévues dans la présente convention.

Pour bénéficier d'une prestation, MIEL MUTUELLE ASSISTANCE peut demander au bénéficiaire de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces et documents prouvant ce droit.

Le bénéficiaire doit permettre à nos médecins l'accès à toute information médicale concernant la personne pour laquelle nous intervenons. Cette information sera traitée dans le respect du secret médical.

Nous intervenons dans la limite des accords donnés par les autorités locales. **Nous ne pouvons, en aucun cas, nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.**

Vous devez permettre à nos médecins l'accès à toute information médicale concernant la personne pour laquelle nous intervenons. Cette information sera traitée avec confidentialité et dans le respect du secret médical.

La décision du transport en ambulance est prise par notre médecin conseil après avis du médecin traitant occasionnel et éventuellement du médecin de famille du bénéficiaire.

Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter la date du transport, le moyen de transport et le lieu d'hospitalisation.

Tout bénéficiaire nous subroge, à concurrence des sommes prises en charge, dans ses droits et obligations contre tout tiers responsable.

Le fait de grève ne constitue pas une raison de déclenchement des services de l'assistance.

La responsabilité de MIEL MUTUELLE ASSISTANCE ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, représailles, restrictions à la libre circulation, sabotages, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, irradiation ou effet de souffle provenant de la fission ou de la fusion de l'atome, dégagements de chaleur, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

ARTICLE 10 - MODALITES DE REMBOURSEMENT

Nous rembourserons des dépenses engagées par le bénéficiaire sur présentation des factures originales correspondant à des frais engagés avec notre accord et sous réserve de nous avoir contacté dans les délais impartis. Les demandes de remboursement doivent être adressées à :

**MUTUAIDE ASSISTANCE
Service Gestion des Sinistres
8-14, Avenue des Frères Lumière
94368 BRY SUR MARNE CEDEX**

Le bénéficiaire ou le souscripteur doit respecter strictement les modalités d'application attachées à la mise en oeuvre des prestations.

ARTICLE 11 – TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

En cas de désaccord ou de mécontentement sur la mise en oeuvre de votre contrat, nous vous invitons à le faire connaître à MUTUAIDE en appelant le 01.41.77.45.85 ou en écrivant à medical@mutuaide.fr pour les garanties Assistance

Si la réponse que vous obtenez ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez adresser un courrier à :

**MUTUAIDE ASSISTANCE
SERVICE QUALITE CLIENTS
8/14 AVENUE DES FRERES LUMIERE
94368 BRY-SUR-MARNE CEDEX**

MUTUAIDE s'engage à accuser réception de votre courrier dans un délai de 10 jours ouvrés. Il sera traité dans les 2 mois au plus.

Si le désaccord persiste, vous pouvez saisir la Médiation de l'Assurance par courrier à :

**La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09**

ARTICLE 12 – COLLECTE DE DONNEES

Le Bénéficiaire reconnaît être informé que l'Assureur, traite ses données personnelles conformément à la réglementation relative à la protection des données personnelles en vigueur et que par ailleurs :

- ▶ les réponses aux questions posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à son égard peuvent être la nullité de l'adhésion au contrat (article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des Assurances),

- ▶ Le traitement des données personnelles est nécessaire à l'adhésion et l'exécution de son contrat et de ses garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur.

- ▶ Les données collectées et traitées sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution du contrat ou de l'obligation légale. Ces données sont ensuite archivées conformément aux durées prévues par les dispositions relatives à la prescription.

- ▶ Les destinataires des données le concernant sont, dans la limite de leurs attributions, les services de l'Assureur en charge de la passation, gestion et exécution du Contrat d'assurance et des garanties, ses délégués, mandataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes professionnels ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs.

Des informations le concernant peuvent également être transmises au Souscripteur, ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

► En sa qualité d'organisme financier, l'Assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, qu'à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs.

Les données et les documents concernant le Bénéficiaire sont conservés pour une durée de cinq (5) ans à compter de la clôture du contrat ou de la cessation de la relation.

► Ses données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant aboutir, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Cette inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de son dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés.

Dans ce cadre, des données personnelles le concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Assureur dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

En cas d'alerte de fraude, les données sont conservées maximum six (6) mois pour qualifier l'alerte puis supprimées, sauf si l'alerte s'avère pertinente. En cas d'alerte pertinente les données sont conservées jusqu'à cinq (5) ans à compter de la clôture du dossier de fraude, ou jusqu'au terme de la procédure judiciaire et des durées de prescription applicables.

Pour les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, les données les concernant sont supprimées passé le délai de 5 ans à compter de la date d'inscription sur cette liste.

► En sa qualité d'Assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux.

► Les données personnelles pourront également être utilisées par l'Assureur dans le cadre de traitements qu'il met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et ou d'assistance et offres de services.

► Les données personnelles le concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'Assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne.

► Le Bénéficiaire dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées. Il dispose également du droit de demander de limiter l'utilisation de ses données lorsqu'elles ne sont plus nécessaires, ou de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données.

Il dispose d'un droit de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles après sa mort. Ces directives, générales ou particulières, concernent la conservation, l'effacement et la communication de ses données après son décès.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de l'Assureur :

- par mail : à l'adresse DRPO@MUTUAIDE.fr

ou
- par courrier : en écrivant à l'adresse suivante : Délégué représentant à la protection des données – MUTUAIDE ASSISTANCE – 8/14 Avenue des Frères Lumière – 94368 Bry-sur-Marne.

Après en avoir fait la demande auprès du Délégué représentant à la protection des données et n'ayant pas obtenu satisfaction, il a la possibilité de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'informatique et des Libertés).

ARTICLE 13 – SUBROGATION

MUTUAIDE ASSISTANCE est subrogée à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle dans les droits et actions du Bénéficiaire, contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention. Lorsque les prestations fournies en exécution de la convention sont couvertes en tout ou partie auprès d'une autre compagnie ou institution, MUTUAIDE ASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire contre cette compagnie ou cette institution.

ARTICLE 14 – PRESCRIPTION

En application de l'article L 114-1 du Code des assurances, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans pour les garanties décès, les actions des bénéficiaires étant prescrites au plus tard trente ans à compter de cet évènement.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, ce délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Ce délai de prescription peut être interrompu, conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à extinction de l'instance. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil).

Il est rappelé que :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).

Le délai de prescription peut être interrompu également par :

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et adressée par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité de sinistre).

ARTICLE 15 – FAUSSES DECLARATIONS

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :

► Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu à l'article L 113.8 du Code des Assurances.

► Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités du Code des Assurances tel que prévu à l'article L 113.9

ARTICLE 16 – AUTORITE DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de MUTUAIDE ASSISTANCE est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4, place de Budapest – CS 92 459 – 75 436 Paris Cedex 9.

5. GARANTIE OBSEQUES (applicable uniquement si vos garanties santé prévoient une allocation obsèques)

CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT DE L'ALLOCATION OBSEQUES

ARTICLE 1 Nature et objet du contrat

MIEL Mutuelle a souscrit auprès d'AUXIA un contrat collectif d'assurance en cas de décès à adhésion facultative afin de garantir à ses adhérents santé un capital en cas de décès. Le contrat collectif est souscrit pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction. Chacune des parties peut décider de s'opposer au renouvellement moyennant un préavis de 6 mois adressé à l'autre partie. La résiliation du contrat collectif met un terme à l'ensemble des adhésions en cours. MIEL Mutuelle s'engage à informer les adhérents des conséquences de la résiliation au moins 3 mois avant le terme prévu.

Le présent contrat est un contrat soumis au code des assurances français et relève de la branche 20 (Vie / Décès) des activités d'assurance pour lesquelles l'Assureur a reçu un agrément.

Le contrat ne comporte pas de valeurs de rachat. Les cotisations sont versées à fonds perdus.

ARTICLE 2 Définitions

Adhérent : la personne qui adhère au contrat collectif d'assurance et s'engage à payer les cotisations.

Assuré : la ou les personnes suivantes dont le décès entraîne le versement du capital :
- l'Adhérent lui-même,
- son conjoint tel que défini ci-après,
- ses enfants qui sont âgés de moins de 16 ans au jour de la mise en oeuvre de la garantie et fiscalement à sa charge.

Assureur :
AUXIA, entreprise du groupe Malakoff Humanis régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 74 545 776 € - RCS de Paris 422 088 476 – siège social au 21 rue Laffitte 75009 Paris.

Conjoint : l'époux ou l'épouse de l'Assuré, non séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e) ;
À défaut, le concubin : la personne ayant une vie commune notoire et permanente avec l'Assuré pendant une durée d'au moins deux ans. Aucune durée n'est exigée si un enfant est né de cette union. L'Assuré et le concubin ne doivent être mariés, ni l'un ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.

ARTICLE 3 Adhésion au contrat

MIEL Mutuelle a souscrit le présent contrat en substitution du contrat précédemment conclu auprès d'un autre assureur. L'ensemble des Adhérents assurés au titre du présent contrat sont automatiquement assurés, sauf avis contraire notifié à MIEL Mutuelle avant le 31 décembre 2019. Le versement de la première cotisation d'assurance 2020 vaut consentement à l'adhésion au présent contrat.

Pour toute adhésion postérieure au 1er janvier 2020, l'Adhérent reçoit la présente notice d'information et signe, le bulletin d'adhésion. Le bulletin d'adhésion doit être renvoyé à l'Assureur accompagné de la copie de la carte nationale d'identité ou titre de Séjour (recto/verso) de l'Adhérent ou de son passeport (4 premières pages) ; le document d'identité doit être en vigueur à la date de sa transmission.

L'adhésion prend effet et les garanties sont acquises, sous réserve du paiement de la première cotisation d'assurance, à la date de l'adhésion.
Le prélèvement des cotisations est effectué par MIEL Mutuelle qui a reçu délégation de l'assureur à cet effet.

Les décès survenant avant la date d'effet ne sont pas pris en charge. À noter : l'Assureur se réserve le droit de refuser une adhésion lorsque la date de signature est antérieure de plus d'un mois à la date de réception du bulletin d'adhésion par ses services.

L'adhésion prend fin dans les cas suivants :

- décès de l'Adhérent,
- demande de résiliation notifiée à l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de réception. L'adhésion prend fin au terme du trimestre en cours à la date de réception du courrier,
- en cas de défaut de paiement dans les conditions énoncées à l'article 5.3

ARTICLE 4 Le capital garanti en cas de décès

4.1 Événement garanti

La garantie s'applique au décès d'un Assuré, quelle qu'en soit la cause (accident ou maladie), ne relevant pas d'une clause d'exclusion et survenant à compter de la prise d'effet de l'adhésion et avant son terme.

EXCLUSIONS : ne sont pas garantis les décès consécutifs à :

- La participation active de l'Assuré à des rixes (sauf cas de légitime défense), crimes ou délits, actes de terrorisme ou sabotage ;
- Un accident occasionné par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes ;
- L'utilisation par l'Assuré d'une arme à feu ou au pilotage d'appareils de navigation aérienne, d'engins de guerre ;
- Des effets directs ou indirects d'une explosion atomique ou des radiations ;
- Une pandémie ;
- Un suicide survenant au cours de la première année d'assurance.

4.2 Montant du capital garanti

Le montant du capital garanti en cas de décès est fixé forfaitairement à 2 030,65 €.

À noter :

- le montant du capital décès est fixé forfaitairement et ne correspond pas au coût moyen des obsèques en France. Le moment venu, les proches du défunt peuvent donc avoir à verser une somme complémentaire pour permettre la bonne exécution des obsèques conformément aux volontés du défunt,
- en cas de décès d'un enfant âgé de moins de 12 ans, l'assureur procède au remboursement sur présentation de la facture des frais TTC d'obsèques dans la limite d'un plafond correspondant au capital garanti.

4.3 Bénéficiaires du capital garanti

Les bénéficiaires en cas de décès de l'Assuré sont par ordre de priorité :

1/ L'opérateur qui, au moment des obsèques, est missionné par la personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles pour réaliser les prestations et fournitures. Il est bénéficiaire à titre onéreux, c'est à dire en contrepartie de l'exécution des obsèques et dans la limite du montant TTC de sa facture.

Si plusieurs opérateurs interviennent au cours des obsèques, l'Assureur verse le capital aux opérateurs les plus diligents au fur et à mesure de leur intervention auprès des services de l'Assureur.

L'engagement de l'Assureur est strictement limité au montant du capital garanti en cas de décès.

2/ à défaut du premier ou pour le reliquat, le Conjoint de l'Assuré décédé,

3/ à défaut, les Enfants de l'Adhérent, vivants ou représentés, par parts égales,

4/ à défaut, les héritiers de l'Assuré décédé par parts égales.

4.4 Versement du capital décès

En cas de décès, les proches du défunt sont invités à contacter dans les meilleurs délais MIEL Mutuelle qui leur communiquera les modalités de mise en oeuvre de la garantie.

La liste des pièces à fournir au décès

- un extrait d'acte de décès au nom de l'Assuré,
 - pour l'opérateur funéraire désigné en qualité de bénéficiaire : la facture originale attestant de la réalisation et du montant TTC des prestations et fournitures funéraires réalisés,
 - une copie de la carte nationale d'identité (recto/verso) du Bénéficiaire ou de son passeport (3ème et 4ème pages) ; le document d'identité doit être en vigueur à la date de sa transmission ;
 - toute pièce permettant de justifier du lien unissant l'Assuré à l'Adhérent et au Bénéficiaire (PACS, copie de livret de famille attestation fiscale...);
 - le Relevé d'Identité Bancaire (RIB) d'un compte ouvert au nom du Bénéficiaire pour le paiement.
- Le Bénéficiaire doit satisfaire, préalablement au paiement des capitaux, à l'ensemble des exigences réglementaires, notamment en matière fiscale. À cet égard, l'Assureur peut exiger la production de toute pièce complémentaire prévue par un texte qui s'impose à lui.

Le règlement du capital décès intervient sous délai maximum de 30 jours après réception des pièces justificatives.

ARTICLE 5 Les cotisations d'assurance

5.1 Montant de cotisation

Les cotisations sont payables d'avance et pendant toute la durée de l'adhésion. Leur montant au 1er janvier 2020 est fixé par le contrat collectif :

- 2,50 € TTC par mois.

En cas d'augmentation des taxes applicables, le montant de la cotisation sera automatiquement révisé à la hausse pour tenir compte de cette augmentation.

L'Assureur peut par ailleurs procéder à des modifications de prix selon les résultats du contrat collectif. L'Adhérent sera informé de toute modification le concernant au moins trois mois avant son entrée en vigueur. Le client peut dénoncer son adhésion et y mettre un terme jusqu'à cette date.

5.2 Modalités de paiement de la cotisation

Le paiement des cotisations est effectué par le Souscripteur du contrat collectif qui a reçu mandat de l'Assureur à cet effet.

Le règlement en espèce des cotisations ou par chèque de banque n'est pas accepté.

5.3 Conséquences du défaut de paiement de la cotisation

À défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'Assureur adresse à l'Adhérent une lettre recommandée l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours le défaut de paiement de la cotisation entraîne le terme immédiat de l'adhésion.

ARTICLE 6

Le droit de renonciation de l'Adhérent

L'Adhérent peut renoncer à son adhésion pendant trente (30) jours calendaires révolus suivant la signature de son bulletin d'adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante :

AUXIA
TSA 10001
78075 SAINT QUENTIN YVELINES
CEDEX

accompagnée, le cas échéant, de l'original du bulletin d'adhésion en sa possession. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre ci-dessous.

Modèle de lettre :

« Je soussigné(e) (nom, prénom et adresse de l'adhérent), déclare renoncer à mon adhésion n°..... conformément aux dispositions prévues par l'article L. 132-5-1 du Code des assurances et demande le remboursement de l'intégralité de la cotisation versée. Fait à (lieu), le (date) et signature de l'adhérent ».

L'intégralité des versements effectués est remboursée dans les trente (30) jours suivant la date de réception de la renonciation.

ARTICLE 7

Traitement des réclamations et demandes clients

7.1 Votre service client

AUXIA a mis en place un service client accessible du lundi au vendredi de 9 h à 18 h et le samedi de 9 h à 12 h 30 (hors jours fériés) :

- par téléphone : un numéro de téléphone est indiqué sur nos courriers ;
- par courrier à AUXIA – Direction du service client TSA 10001 78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX
- par mail à l'adresse info@auxia.com

Pour plus de rapidité dans le traitement de votre demande, n'oubliez pas de nous communiquer :

- vos noms, prénoms, votre adresse, les références de votre contrat, l'objet de votre démarche ;
- un numéro de téléphone pour vous joindre le cas échéant.

Notre service client examine avec vous l'origine du problème et s'efforce de vous apporter une réponse dans les meilleurs délais. Lorsque la demande le nécessite, nous vous informons régulièrement de l'avancement du dossier.

7.2 Votre service réclamation

Si la réponse apportée par notre service client ne vous satisfait pas entièrement, nous vous invitons à adresser une réclamation écrite à l'adresse suivante :

AUXIA - Service réclamation
TSA 10001
78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX

ou par mail à l'adresse suivante : service-reclamations@auxia.com

Notre service réclamation vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

7.3 Votre dispositif de médiation

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée avec l'Assureur, vous pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, saisir la Médiation de l'Assurance.

Le Médiateur est une autorité indépendante et extérieure à la société d'assurance, qui examine et donne un avis sur le règlement des litiges liés au contrat d'assurance.

La demande doit être adressée :

- Par voie électronique : www.mediation-assurance.org
- Par courrier à l'adresse suivante :
La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09

Ce médiateur peut être saisi uniquement après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à l'Assureur, étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de sa compétence.

En application de l'article 2238 du Code civil, le recours à la médiation suspend le délai de prescription des actions.

La suspension a pour effet d'arrêter temporairement le cours de la prescription, mais n'efface pas le délai ayant déjà couru (article 2230 du Code civil). Le délai de prescription ne recommence à courir, pour une durée minimale de six mois, qu'à compter de la date à laquelle la procédure de médiation est déclarée achevée.

ARTICLE 8

Prescription des actions

Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré. »

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L.114-2 du Code des assurances. Cet article prévoit que « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- La demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'article L.114-3 du Code des assurances prévoit que, « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

ARTICLE 9

Loi Informatique et libertés

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'Adhérent et les autres assurés sont informés par AUXIA, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, qu'AUXIA a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'Adhérent et des autres assurés peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès d'AUXIA ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'Adhérent et des autres assurés sur les produits, services ou contenus proposés par AUXIA ou leurs partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'Adhérent ou les autres assurés ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'Adhérent et des autres assurés ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en oeuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).
- la proposition à l'Adhérent et aux autres assurés de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par AUXIA ou leurs partenaires ;
- la mise en oeuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'Adhérent et des autres assurés.

AUXIA s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'Adhérent et des autres assurés pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'Adhérent et des autres assurés est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'Adhérent et des autres assurés sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services d'AUXIA dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégués de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'Adhérent et des autres assurés sont destinées au Service médical d'AUXIA et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

AUXIA s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'Adhérent et des autres assurés ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'Adhérent et des autres assurés sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en oeuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'Adhérent et les autres assurés varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales d'AUXIA et des prescriptions légales applicables.

AUXIA et leurs partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'Adhérent et des autres assurés et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'Adhérent et les autres assurés disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'Adhérent et les autres assurés disposent également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'Adhérent et les autres assurés disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

ARTICLE 10

Organisme de contrôle de l'Assureur

L'organisme chargé du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

6. MODALITES DE CHANGEMENT DE NIVEAU

Se référer à vos conditions particulières ou le cas échéant à votre règlement mutualiste en vigueur.

7. MODALITES DE RADIATION

► Par l'affilié :

Vous pouvez dénoncer le contrat :

- par lettre recommandée avec accusé de réception ou envoi recommandé électronique, à effet au 31 décembre, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.
- lors d'une modification de votre situation – lorsque celle-ci a un effet sur les risques garantis par votre contrat – en nous adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique dans les trois mois suivant cette modification. La résiliation prend alors effet un mois après réception de la notification par la Mutuelle.

► Par la Mutuelle :

Si vous ne réglez pas votre cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, L'ENSEMBLE DES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT SERA SUSPENDU 30 jours après que nous vous ayons envoyé une lettre recommandée de mise en demeure, si vous n'avez pas réglé la totalité des sommes dues pendant ce délai.

Toujours en l'absence de règlement intégral après ce délai de 30 jours, votre contrat sera résilié 10 jours après la date de suspension par notification sur la lettre de mise en demeure.

Le contrat non résilié reprend ses effets le lendemain à midi du jour où nous avons reçu le règlement de l'intégralité des sommes dont vous nous êtes redevables.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient entièrement réunies avant la date de suspension.

8. MODALITES DE REMBOURSEMENT DES GARANTIES

Les remboursements de la Mutuelle s'effectuent toujours en France et en euros à partir :

- soit des originaux des décomptes des régimes d'assurance maladie,
- soit des images informatiques télétransmises des décomptes de l'assurance maladie,
- soit des factures des fournisseurs pour les prestations supplémentaires lorsque ces actes ne sont pas pris en charge par le Régime Obligatoire et prévus dans vos garanties.

Vous disposez de deux ans pour nous faire parvenir vos feuilles de soins et/ou factures justificatives, période après laquelle aucun remboursement ne pourra vous être accordé.

Un délai de carence peut être appliqué sur certaines garanties, il s'agit du délai d'attente entre votre date d'affiliation et la date de survenance de l'événement garanti.

Procédures particulières :

• Dentaire :

- Vous pouvez bénéficier du tiers payant pour les soins dentaires et pour les prothèses dentaires selon les conventions en vigueur, sous réserve de l'acceptation d'une demande de prise en charge préalable adressée à Viamedis par le professionnel de santé.
- Un devis est conseillé pour les prothèses dentaires. Il vous permettra d'évaluer le montant de vos remboursements. Ce devis est valable 3 mois. Si les travaux ne sont pas réalisés à cette date, un nouveau devis devra être produit.
- Pour les actes dentaires non pris en charge par le Régime Obligatoire, vous devrez fournir à la Mutuelle la facture acquittée originale, afin de valoriser le montant du remboursement.

Depuis le 1er janvier 2020, les contrats santé responsables ont intégré la réforme dite « 100% santé ». Les évolutions suivantes entreront en vigueur en deux temps : à compter du 1er janvier 2020 pour une partie des actes du panier « 100% santé » puis au 1er janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires.

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « 100% santé » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
- Un panier aux tarifs maîtrisés / modérés, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties,
- Un panier aux tarifs libres permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

• Optique :

- Pour bénéficier du tiers payant, il est impératif que votre opticien demande une prise en charge préalable à Viamedis.
- Lorsqu'il n'y a pas eu de tiers payant, vous devez adresser la facture acquittée originale ainsi que le décompte du Régime Obligatoire.
- Les lentilles non prises en charge seront remboursées sur production de la facture acquittée originale et d'une copie de l'ordonnance de moins de trois ans dans les conditions stipulées au Règlement Mutualiste.
- Concernant les lunettes, l'assuré ou l'opticien doit impérativement adresser la feuille de soins au régime d'assurance maladie.

Depuis le 1er janvier 2020, les contrats santé responsables ont intégré la réforme dite « 100% santé ». Ainsi, l'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- L'équipement optique de « classe A » est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du "100% santé".
- L'équipement optique de « classe B » : cet équipement, est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments des équipements optiques peuvent être mixés comme suit :

- soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B ».
- soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un forfait unique, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera dans la limite du plafond de classe B correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un forfait dédié à chaque composante de l'équipement (verres ou monture) alors la prise en charge s'effectue dans la limite de ces forfaits pour chaque composante.

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage.

Les délais de renouvellement des contrats Responsables :

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1er janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	<ul style="list-style-type: none">• 1 an suivant la dernière facturation• 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none">• variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;• variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;• somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;• variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;• variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;• variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.	
Constatation de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none">• soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne,• soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance.	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière	

• Aides auditives :

Les contrats santé responsables ont intégré la réforme dite « 100% santé ». Les évolutions suivantes entreront en vigueur à compter du 1er janvier 2021.

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « classe I » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100% santé.
- L'équipement optique de « classe II » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1.700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- La prise en charge d'une aide auditive par oreille est limitée à une aide auditive tous les quatre ans suivant la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1er janvier 2017. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

• Hospitalisation :

- Pour bénéficier du tiers payant lors de votre hospitalisation, l'établissement doit faire une demande de prise en charge auprès de Viamedis. Pour plus de rapidité, nous vous conseillons de faire votre demande de prise en charge directement en ligne depuis votre espace affilié ; ou sinon, vous pouvez adresser votre demande auprès de MIEL Mutuelle, par courrier.
- Pour obtenir le remboursement, s'il n'y a pas eu délivrance d'une prise en charge, vous devez nous transmettre :
 - Pour les séjours en Centre Hospitalier : l'avis des sommes à payer accompagné de l'attestation de paiement,
 - Pour les séjours autres établissements : le bordereau S3404 acquitté remis par la clinique.

MIEL Mutuelle prend en charge l'hospitalisation en ambulatoire à l'exception du forfait ambulatoire qui peut être facturé par certains établissements.

Il est conseillé que vous nous adressiez un devis du chirurgien et de l'anesthésiste avant votre hospitalisation. Ce devis vous permettra de connaître l'estimation du remboursement de la mutuelle. Le devis doit comporter la durée approximative de votre séjour, la codification de l'acte et la base de remboursement du Régime Obligatoire ainsi que le montant du dépassement.

- Pour les frais d'accompagnant, il est indispensable de joindre la facture détaillée et les justificatifs par journée d'hospitalisation (bulletin de situation).

9. TELETRANSMISSION ET TIERS PAYANT

Le bénéfice des services de télétransmission et de tiers payant est lié à la transmission de la copie de l'attestation Vitale de chacune des personnes couvertes lors de l'adhésion au Contrat.

• Télétransmission : les décomptes de remboursement des assurés bénéficiaires des régimes obligatoires peuvent être transmis, sous forme d'images informatiques à la Mutuelle directement par les caisses d'assurance maladie, évitant ainsi l'envoi des décomptes par l'adhérent à la Mutuelle. L'adhérent peut, à tout moment, sur demande écrite adressée à la Mutuelle, mettre fin à ces télétransmissions.

• Tiers payant santé : le tiers payant est un dispositif mis en place par les organismes de complémentaire santé et la sécurité sociale afin d'éviter aux assurés de faire l'avance des dépenses de pharmacie ou d'hospitalisation. Vous pouvez en bénéficier sans supplément de cotisation, sur simple présentation de la carte de tiers payant santé, à condition que les dépenses de santé soient concernées par le tiers payant, que le professionnel de santé accepte également le tiers payant.

Le tiers payant est disponible sur l'ensemble des niveaux de garanties.

10. ASSURANCE CUMULATIVE

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. (article 2 du Décret n°90-769 du 30 août 1990).

11. TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

1°) Vous souhaitez nous faire part d'une réclamation :

Vous pouvez contacter votre interlocuteur commercial :

- Par mail sur son adresse électronique,
- Sur sa ligne téléphonique directe,

2°) Vous n'êtes pas satisfait de la réponse apportée :

Vous pouvez adresser votre demande :

- Depuis votre espace sécurisé, avec le formulaire "Déclarer une insatisfaction"
- Par courrier, à l'adresse suivante :

MIEL MUTUELLE **Service qualité Clients**

11, rue du Gris de Lin
42021 SAINT ETIENNE cedex 1

MIEL Mutuelle s'engage à répondre à toutes les réclamations qui lui sont adressées.

MIEL Mutuelle s'engage également à accuser réception de votre réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrés et de vous apporter une réponse circonstanciée dans un délai maximum de 2 mois. Si la complexité du dossier nécessite un délai supplémentaire, nous vous tiendrons informés.

MEDIATEUR

Si le désaccord persiste, vous avez la possibilité de recourir au Médiateur.

Cette procédure ne doit intervenir qu'en dernier ressort, après que les voies de recours au sein de MIEL Mutuelle aient été épuisées (dialogue avec votre interlocuteur habituel, dépôt d'une réclamation).

MEDICYS

Centre de médiation et règlement amiable des huissiers de justice
73, Boulevard de Clichy
75009 PARIS

ou directement sur le site du médiateur

www.medicys.fr

12. INFORMATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT DE VOS DONNEES PERSONNELLES

L'affilié est informé et accepte que dans le cadre de l'exécution du contrat, la Mutuelle peut stocker, traiter, enregistrer et utiliser les données personnelles le concernant et collectées tout au long de l'exécution du contrat et en particulier lors de l'adhésion; dans le respect de la réglementation applicable en matière de données personnelles, notamment la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 7 octobre 2016 et le Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (ou « RGPD »).

La Mutuelle a nommé un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : dpo-mielmut@mielmut.com

La collecte et le traitement de ces données sont nécessaires aux fins d'exécution du contrat, de la gestion de la relation client et des éventuels litiges susceptibles d'en découler, ainsi que pour l'amélioration des services proposés par la Mutuelle et a pour base juridique l'exécution du contrat.

Chaque formulaire indique si les données sont obligatoires ou facultatives.

Sauf opposition de la part de l'affilié les données personnelles ainsi recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par voie électronique, par la Mutuelle, pour des produits et services similaires à ceux objets du contrat.

Sous réserve d'avoir obtenu l'accord préalable et exprès de l'affilié, les données nécessaires pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale, par les membres du Groupe Malakoff Médéric Humanis. Le traitement aura alors pour base juridique le consentement de l'affilié, lequel pourra être retiré à tout moment.

Ces données personnelles sont strictement confidentielles et ne sont destinées qu'aux services compétents de la Mutuelle intervenant dans le cadre de l'exécution du contrat.

Dans le cadre de l'exécution du contrat et/ou de ses suites, la Mutuelle peut également être amenée à communiquer certaines des données ainsi recueillies à des tiers dûment habilités, et le cas échéant, à ses réassureurs, dans le strict respect de la réglementation applicable lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la ou les finalités déclarées.

Compte tenu de la diversité des durées de conservation applicables au regard des différents types de données traitées, l'affilié est invité à consulter la politique de données personnelles, à l'adresse suivante : <https://www.mielmut.fr/MielMutuelle/protection-donnees-personnelles> afin de s'informer en détail sur les durées de conservation desdites données.

En tout état de cause, elles ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la gestion de ces missions et des litiges susceptibles d'en résulter conformément aux règles de prescription applicables ou aux règles de conservation des documents comptables.

L'affilié dispose à l'égard de la Mutuelle et ce, conformément aux réglementations nationales et européennes en vigueur, des droits suivants :

- droit de demander l'accès à ses données personnelles,
- droit de demander la rectification de celles-ci,
- droit de demander leur effacement,
- droit de demander une limitation du traitement mis en œuvre,
- droit de s'opposer au traitement,
- droit de retirer son consentement quand le traitement est fondé sur le consentement,
- droit à la portabilité des données,
- droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle,
- droit de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

L'affilié peut exercer ses droits en contactant : dpo-mielmut@mielmut.com

ou

MIEL Mutuelle, à l'attention du DPO, 11 rue du Gris de Lin, 42021 Saint-Etienne Cedex 01.

L'affilié est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle il peut s'inscrire à l'adresse suivante : <https://conso.bloctel.fr/> L'affilié est informé de l'existence d'une prise de décision automatisée aux fins d'améliorer ses produits, d'évaluer sa situation et de personnaliser les offres qui pourraient lui être proposées. L'affilié est également informé que la Mutuelle n'envisage pas d'effectuer un transfert des données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union européenne. D'une manière générale, la Mutuelle s'engage à respecter les conditions de traitement et/ou la destination des données personnelles qui lui ont été communiquées par l'affilié ou auxquelles elle aura accès dans le cadre de l'exécution du contrat. En particulier, la Mutuelle s'engage à ne pas exploiter pour son propre compte, céder et/ou louer à des entreprises tierces les données personnelles collectées dans le cadre de l'exécution du contrat.

Les engagements pris par la Mutuelle au titre du présent article survivront à la cessation du contrat pour quelque cause que ce soit.

La politique de données personnelles de la Mutuelle étant susceptible d'évoluer, notamment s'agissant de l'identité du Délégué à la protection des Données Personnelles, des coordonnées du responsable de traitement, de modifications éventuelles, l'affilié est invité à se rendre sur la page suivante : <https://www.mielmut.fr/MielMutuelle/protection-donnees-personnelles> afin de s'informer en détails sur la politique des données personnelles de la Mutuelle en vigueur.

13. SUBSTITUTION

Malakoff Médéric Mutuelle (dénommée Mutuelle Malakoff Humanis à compter du 1^{er} janvier 2020), Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le N° 784 718 256, 21 rue Laffitte 75009 Paris, Mutuelle substituante, se substitue intégralement à MIEL Mutuelle mutuelle substituée, dans les conditions prévues à l'article L.211-5 du Code de la Mutualité. La substitution s'étend à l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par MIEL Mutuelle pour l'exécution des engagements nés ou à naître.

La Mutuelle Malakoff Humanis donne à MIEL Mutuelle sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale.

Si l'agrément accordé à Mutuelle Malakoff Humanis lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation.

14. MENTIONS LEGALES

Mutuelle Interprofessionnelle Economique Ligérienne (MIEL), Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 776 398 786, dont le siège social est situé 11 rue du Gris de Lin 42021 SAINT-ETIENNE Cedex 1.

ANNEXE 1 : LEXIQUE

100% santé :

La réforme du « 100% Santé » doit permettre aux assurés de bénéficier d'une offre de soins et d'équipements intégralement pris en charge en optique, dentaire et audiologie après remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et des complémentaires santé.

Bonus Fidélité :

Il s'acquiert à l'issue d'une durée minimale d'affiliation à un contrat. Il s'entend par années civiles consécutives. Le Bonus Fidélité s'ajoute au montant de votre remboursement initial et est acquis sur toute la durée du contrat.

BR - Base de Remboursement :

Il s'agit de la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé définie par l'Assurance Maladie. Le montant remboursé par le Régime Obligatoire résulte de l'application d'un taux de remboursement sur ce tarif de base.

BRR :

Base de Remboursement Reconstituée

Contrat responsable :

Lorsque le contrat souscrit respecte les conditions fixées par le contrat responsable cela signifie que les prestations de MIEL Mutuelle sont fournies dans les conditions prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale afférentes au contrat dit « responsable ».

Il prévoit des obligations minimales de prise en charge des prestations liées aux consultations du médecin traitant et de ses prescriptions.

Aussi, les obligations de prise en charge portent sur :

- l'intégralité de la participation des membres participants définie à l'article R. 322-1 du code de la Sécurité sociale ;
- les dépassements tarifaires des médecins dans certaines conditions ;
- les dépenses pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale dans des fourchettes hautes et basses ;
- le tarif journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée.

A l'inverse, ne donnent pas lieu à remboursement :

- la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 322-2 II du code de la Sécurité sociale,
- la franchise annuelle prévue à l'article L. 322-2 III du code de la Sécurité sociale (franchises médicales concernant les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires),
- la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non-respect, par le membre participant ou un ayant droit, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable (soit à titre indicatif au minimum 8 euros),
- la majoration de la participation supportée par le membre participant et ses ayants droit lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés conformément à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale,
- et d'une manière générale les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties du contrat d'assurance seront automatiquement adaptées en cas de modification des prescriptions liées au contrat responsable.

Conventionnés :

Médecins ou établissements ayant signé la convention avec la Sécurité sociale réglementant les tarifs.

(non) Conventionnés :

Médecins ou établissements n'ayant pas signé la Convention avec la Sécurité sociale et pratiquant des honoraires libres. Votre Régime Obligatoire calcule les remboursements sur la base d'un tarif très bas : le tarif d'autorité

Délai de carence :

Délai d'attente entre votre date d'affiliation et la date de survenance de l'événement garanti.

Dépassement d'honoraires :

On parle de dépassement d'honoraires lorsque les prix pratiqués par les professionnels de santé sont supérieurs aux tarifs de convention fixés pour chaque acte médical par la Sécurité sociale. Les dépassements d'honoraires peuvent être pris en charge par votre mutuelle.

Equipement optique :

1 monture + 2 verres

Equipement 100% Santé (Classe A) :

Il intègre les éléments décrits ci-dessous.

Monture de classe A	Monture respectant les normes européennes, avec un prix égal ou inférieur à 30€. Chaque opticien aura au minimum 35 modèles de montures adultes « 100% Santé » et 20 modèles de montures pour enfants (pour satisfaire ces seuils, un même modèle de monture ne peut être comptabilisé que jusqu'à deux fois pour deux coloris différents) ;
Verres de classe A	Verres traitant l'ensemble des troubles visuels ; Prestations obligatoirement prises en charge : Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet.
Autres prestations	Prestations d'appairage deux verres d'indice de réfraction différents, Supplément pour verres (filtre teinté) et monture à coque (enfant de moins de 6 ans) Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale des verres correcteurs par l'opticien

Equipement autre que 100% Santé (Classe B) :

Il intègre les éléments décrits ci-dessous.

Monture de classe B	La prise en charge minimale et maximale pour un équipement composé d'une monture et de deux verres autre que 100% santé est appréciée selon le type de verres tels que définis ci-dessous. Au sein de l'équipement, la prise en charge par le contrat de la monture est limitée à 100 € maximum.
Verres de classe B	Si le contrat prévoit un forfait global (verres et monture), le forfait tiendra compte de cette limitation de prise en charge pour la monture. Si le contrat prévoit des forfaits dédiés à la monture et aux verres, la prise en charge se fera en fonction de chacun des forfaits.
Autres prestations	Supplément pour verres (filtre teinté) et monture à coque (enfant de moins de 6 ans) Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale des verres correcteurs par l'opticien

Equipement 100% Santé (Classe I) :

Il intègre les éléments décrits ci-dessous.

Prothèses auditives classe I	Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire ; Au moins 12 canaux de réglages ou dispositif de qualité équivalente pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif ; système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ; 4 ans de garantie ; Au moins trois options de la liste A.
<p>• Liste A :</p> <ul style="list-style-type: none">- système anti-acouphène- batterie rechargeable, permettant la charge de l'aide auditive sur un socle branché sur secteur- connectivité sans fil permettant un échange de données avec des dispositifs de communication sans fil (fonction télécommande et/ou Bluetooth)- réducteur de bruit du vent permettant une atténuation des basses fréquences générées par les turbulences à l'entrée du ou des microphones.- synchronisation binaurale, permettant de synchroniser les traitements du son entre l'oreille droite et gauche le cas échéant- directivité microphonique adaptative (le nul de captation induit par la directivité en fonction de la localisation de la source de bruit s'adapte automatiquement en fonction de l'azimut de la source)- bande passante élargie $\geq 6\ 000\text{Hz}$ permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences de 0 à 6 000Hz (équivalent à une fréquence d'échantillonnage du convertisseur de 16kHz) <p>• Liste B :</p> <ul style="list-style-type: none">- borne haute de la bande passante élargie $\geq 10\ 000\ \text{Hz}$ permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences de 0 à 10 000Hz- nombre de canaux de réglage ≥ 20- réducteur de bruit impulsionnel permettant d'augmenter le confort d'écoute du patient en réduisant les bruits de durée inférieure à 300ms	

Équipement 100% Santé (Classe II) :

Il intègre les éléments décrits ci-dessous.

Prothèses auditives classe II	Une aide auditive de classe II doit comporter au moins 6 options de la liste A, et au moins une option de la liste B. Pour certaines aides auditives (arrêté du 14 novembre 2018) le nombre minimal d'options de la liste A requis pour une prise en charge au titre de la classe. Il est abaissé à 3 si et seulement si l'aide auditive comporte au moins 3 options de la liste B, ou à 4 options de la liste A si et seulement si l'aide auditive comporte au moins 2 options de la liste B.
<p>• Liste A :</p> <ul style="list-style-type: none">- système anti-acouphène- batterie rechargeable, permettant la charge de l'aide auditive sur un socle branché sur secteur- connectivité sans fil permettant un échange de données avec des dispositifs de communication sans fil (fonction télécommande et/ou Bluetooth)- réducteur de bruit du vent permettant une atténuation des basses fréquences générées par les turbulences à l'entrée du ou des microphones.- synchronisation binaurale, permettant de synchroniser les traitements du son entre l'oreille droite et gauche le cas échéant- directivité microphonique adaptative (le nul de captation induit par la directivité en fonction de la localisation de la source de bruit s'adapte automatiquement en fonction de l'azimut de la source)- bande passante élargie $\geq 6\ 000\text{Hz}$ permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences de 0 à 6 000Hz (équivalent à une fréquence d'échantillonnage du convertisseur de 16kHz) <p>• Liste B :</p> <ul style="list-style-type: none">- borne haute de la bande passante élargie $\geq 10\ 000\ \text{Hz}$ permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences de 0 à 10 000Hz- nombre de canaux de réglage ≥ 20- réducteur de bruit impulsionnel permettant d'augmenter le confort d'écoute du patient en réduisant les bruits de durée inférieure à 300ms	

Forfait :

Montant de remboursement maximum accordé pour une prestation.

FR - Frais Réels :

100% FR signifie que votre mutuelle complète le reste à charge après la part remboursée par votre RO afin que vous soyez remboursé en totalité de votre dépense dans la limite des frais réels engagés.

Médicaments à service médical rendu :

Le Service Médical Rendu (SMR) est un critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en fonction de leur évaluation thérapeutique (classement réalisé par la Commission de transparence de la Haute Autorité de Santé). Les médicaments sont remboursés en proportion de leur SMR, classé selon cinq niveaux d'« insuffisant » à « majeur » :

SMR majeur ou important ;

SMR modéré ou faible, mais justifiant cependant le remboursement ;

SMR insuffisant pour justifier une prise en charge par le Régime Obligatoire.

Niveau :

Il définit l'ensemble des prestations souscrites.

OPTAM / OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée) :

Ces deux pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-Co) sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrise (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'assurance maladie obligatoire et la limitation des dépassements d'honoraires.

En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsables doivent mieux rembourser les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'Optam ou à l'Optam-Co que ceux d'un médecin non adhérent. En outre, un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est introduit pour les médecins non adhérents à l'Optam ou l'Optam-co.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'Optam ou l'Optam-co, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

Parcours de soins coordonnés :

Le parcours de soins coordonnés en France impose à chaque assuré social de plus de 16 ans de désigner un médecin traitant de son choix avant de consulter un autre spécialiste, pour bénéficier d'un remboursement à taux plein (sauf en cas d'urgence, et pour les consultations en ophtalmologie, gynécologie, odontologie, psychiatrie pour les moins de 26 ans) ou chez les spécialistes pour lesquels l'assuré dispose d'une dispense permanente d'autorisation notamment en cas d'affection de longue durée.

Plafond :

Montant annuel limite des soins pris en charge par MIEL Mutuelle.

PMSS :

Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Prestation :

Remboursements effectués en cas de soins médicaux

Produit :

Il est constitué de plusieurs niveaux de prestations

Régime Obligatoire (RO) :

Il s'agit du régime d'assurance maladie auquel l'assuré est rattaché en fonction de sa situation personnelle : par exemple la Sécurité Sociale, la MSA, le RSI.

Secteur 1 :

Le médecin conventionné secteur 1 s'engage à respecter le tarif de convention de la Sécurité sociale.

Secteur 2 :

Le médecin conventionné secteur 2 pratique des honoraires libres et peut s'il le souhaite pratiquer des dépassements d'honoraires mais dans une certaine mesure.

Secteur 3 :

Le médecin du secteur 3 est un médecin non conventionné qui ne s'est pas engagé à respecter le tarif de convention de la Sécurité sociale. Ce médecin pratique des honoraires totalement libres et pour les remboursements, la Sécurité sociale applique le tarif d'autorité.

Ticket Modérateur :

Partie restante à votre charge après le remboursement effectué par le Régime Obligatoire sur la base de remboursement. Cette somme peut être remboursée par votre mutuelle (tout ou partie en fonction du niveau choisi).

Verres complexes :

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de $-6,00$ à $+6,00$ dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre $-6,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à $+4,00$ dioptries
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à $-6,00$ dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à $0,25$ dioptrie,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à $6,00$ dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre $-4,00$ et $+4,00$ dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre $-8,00$ et $0,00$ dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à $+4,00$ dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à $8,00$ dioptries.

Verres simples :

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre $-6,00$ et $+6,00$ dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre $-6,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à $+4,00$ dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à $6,00$ dioptries.

Verres très complexes :

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de $-4,00$ à $+4,00$ dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre $-8,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à $+4,00$ dioptries.
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à $-8,00$ dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à $0,25$ dioptrie,*
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à $8,00$ dioptries

*Sphère supérieure à une dioptrie de I-8DI soit -9D