



Garanties Agir Santé France - Maroc 2025 Résidents au Maroc - CNSS

Crédit photos ©Shutterstock, LLC

Garanties Agir Santé Gamme France - Maroc 2025 - Résidents au Maroc - CNSS

PRESTATIONS

PRESTATIONS	ÂGE LIMITE À L'ADHÉSION : 80 ANS				ÂGE LIMITE À L'ADHÉSION : 75 ANS			
	AGIR HARMONIE'R (1)		AGIR CONFORT'R (2)		AGIR SERENITE'R (3)		AGIR PLENITUDE'R (4)	
	FRANCE	MAROC	FRANCE	MAROC	FRANCE	MAROC	FRANCE	MAROC
HOSPITALISATION - SECTEUR CONVENTIONNÉ EN FRANCE - RÉSEAU WAFA IMA AU MAROC								
Frais de séjour (1)	Frais réels		Frais réels		Frais réels		Frais réels	
Dépassements d'honoraires (ADC, ADA, ATM, ACO, ADI et ADE) (2) (7)	450 €/an		750 €/an		1250 €/an		1750 €/an	
Dépassements d'honoraires (ADC, ADA, ATM, ACO, ADI et ADE) (8)	140%	-	180%	-	200%	-	200%	-
Participation forfaitaire actes lourds (par acte)	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-
Forfait hospitalier illimité	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-
Chambre particulière (limitée à 90 jours en France dont 30 jours en maison de repos, convalescence, rééducation, soins de suite et de réadaptation et à 30 jours au Maroc) (2)	50 €/nuitée		70 €/nuitée		90 €/nuitée		110 €/nuitée	
Lit accompagnant (enfant de moins de 16 ans) (limité à 90 jours) (2)	15 €/nuitée	-	20 €/nuitée	-	30 €/nuitée	-	40 €/nuitée	-
Location télévision par nuitée (limitée à 15 jours) (2)	Frais réels		Frais réels		Frais réels		Frais réels	
Transport remboursé par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%		100%		100%		100%	
ACTES MÉDICAUX - SECTEUR CONVENTIONNÉ EN FRANCE								
Consultations et visites généralistes (7)	160%	140%	200%	180%	250%	200%	300%	225%
Consultations et visites généralistes (8)	140%	-	180%	-	200%	-	200%	-
Consultations et visites spécialistes (7)	160%	140%	200%	180%	250%	200%	300%	225%
Consultations et visites spécialistes (8)	140%	-	180%	-	200%	-	200%	-
Consultations et visites de psychiatres, neuropsychiatres, neurologues et assimilés (3) (9)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Actes de chirurgie, techniques médicaux (7)	160%	140%	200%	180%	250%	200%	300%	225%
Actes de chirurgie, techniques médicaux (8)	140%	-	180%	-	200%	-	200%	-
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, d'obstétrique, d'anesthésie (7)	160%	140%	200%	180%	250%	200%	300%	225%
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, d'obstétrique, d'anesthésie (8)	140%	-	180%	-	200%	-	200%	-
Honoraires paramédicaux	100%		100%		100%		100%	
Analyses et examens de laboratoire	100%		100%		100%		100%	
Matériel médical (11)	160%		200%		250%		300%	
Forfait Patient Urgence (FPU)	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-
PHARMACIE								
Vignettes 30%	100%		100%		100%		100%	
Vignettes 65%	100%		100%		100%		100%	
Vignettes 15%	100%		100%		100%		100%	
Vignettes 70% au Maroc	100%		100%		100%		100%	
Vaccins remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%		100%		100%		100%	
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES 100% SANTÉ EN FRANCE								
OUI (voir document 100% SANTÉ)								
SOINS DENTAIRES - SECTEUR CONVENTIONNÉ EN FRANCE								
Soins dentaires, actes dentaires et parodontologie remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	140%		160%		180%		200%	
DENTAIRE - SECTEUR CONVENTIONNÉ EN FRANCE (Les montants en € viennent en complément du remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie)								
Prothèses dentaires (hors transitoires) remboursées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (4)	160%	120 €	200%	180 €	300%	300 €	400%	430 €
Prothèses transitoires remboursées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-
Réparations de prothèses remboursées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (5)	45 €		50 €		60 €		70 €	
Inlay core (par inlay et par bénéficiaire)	60 €		70 €		100 €		130 €	
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (6)	120 €		200 €		400 €		500 €	
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (6)	160 €		200 €		300 €		400 €	
Implantologie (par racine implantaire et par bénéficiaire)	160 €		200 €		300 €		400 €	
Parodontologie non remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (2)	160 €		200 €		300 €		400 €	
Blanchiment dentaire effectué chez un chirurgien dentiste (2)	30 €		40 €		50 €		60 €	
Plafond annuel par bénéficiaire 1^{ère} année	600 €		700 €		800 €		1000 €	
Plafond annuel par bénéficiaire 2^{ème} année et suivantes	900 €		1000 €		1200 €		1500 €	

En France lorsque le plafond annuel est atteint, notre remboursement est limité au paiement du ticket modérateur. Au Maroc le plafond annuel évolue de la même manière qu'en France.

AIDES AUDITIVES : ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ EN FRANCE (CLASSE 1) (10)

OUI (voir document 100% SANTÉ)

AIDES AUDITIVES (CLASSE 2) (10)

Aides auditives remboursées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	160%		200%		250%		300%	
Plafond annuel par bénéficiaire 1^{ère} et 2^{ème} année	500 €		600 €		700 €		800 €	
Plafond annuel par bénéficiaire 3^{ème} année et suivantes	600 €		800 €		1000 €		1200 €	

En France lorsque le plafond annuel est atteint, notre remboursement est limité au paiement du ticket modérateur. Au Maroc le plafond annuel évolue de la même manière qu'en France.

(1) Au Maroc : limités à 30 jours par événement médical dans le réseau WAFA IMA. Gériatrie - Psychiatrie - Maisons d'accueil spécialisées - EHPAD - moyens et longs séjours - placements à l'année et temporaires exclus.

(2) Par année d'adhésion et par bénéficiaire.

(3) Au Maroc : notre remboursement est limité à 12 consultations par année d'adhésion et par bénéficiaire.

(4) Au Maroc : par prothèse et par bénéficiaire.

(5) Par réparation et par bénéficiaire.

(6) Par semestre et par bénéficiaire.

(7) En France : réalisés par des praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM / OPTAM-CO).

(8) En France : réalisés par des praticiens non signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM / OPTAM-CO).

(9) En France : réalisés par des praticiens signataires ou non du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM / OPTAM-CO).

(10) Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives est prévu tous les 4 ans (aucune dérogation possible).

(11) Plafond annuel par bénéficiaire - 100 € (HARMONIE'R) - 140 € (CONFORT'R) - 200 € (SERENITE'R) - 250 € (PLENITUDE'R).

Ces plafonds s'appliquent pour la France et le Maroc. En France lorsque le plafond annuel est atteint, notre remboursement est limité au paiement du ticket modérateur.

Garanties Agir Santé

Gamme France - Maroc 2025 - Résidents au Maroc - CNSS

PRESTATIONS

PRESTATIONS	ÂGE LIMITE À L'ADHÉSION : 80 ANS				ÂGE LIMITE À L'ADHÉSION : 75 ANS			
	AGIR HARMONIE'R (1)		AGIR CONFORT'R (2)		AGIR SERENITE'R (3)		AGIR PLENITUDE'R (4)	
	FRANCE	MAROC	FRANCE	MAROC	FRANCE	MAROC	FRANCE	MAROC
OPTIQUE : ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ EN FRANCE MONTURE + 2 VERRES (CLASSE A)	OUI (voir document 100% SANTÉ)							
OPTIQUE : MONTURE + 2 VERRES (CLASSE B) (Les montants en € viennent en complément du remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie)								
Monture (hors solaire) remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	50 €		60 €		70 €		80 €	
Verres unifocaux (les 2) remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	150 €		190 €		260 €		350 €	
Si pas d'achat pendant 2 ans à compter de la date du dernier achat de l'équipement prescrit (les 2 verres)	+20 €		+30 €		+40 €		+40 €	
Verres multifocaux (les 2) remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	220 €		250 €		300 €		390 €	
Si pas d'achat pendant 2 ans à compter de la date du dernier achat de l'équipement prescrit (les 2 verres)	+50 €		+60 €		+80 €		+90 €	
Lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, lentilles de vue jetables	170 €/an		210 €/an		300 €/an		390 €/an	
Opération des yeux par laser (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	200 €/an		250 €/an		350 €/an		450 €/an	
Plafond annuel par bénéficiaire 1^{ère} et 2^{ème} année	270 €		310 €		370 €		470 €	
Plafond annuel par bénéficiaire 3^{ème} année et suivantes	300 €		350 €		410 €		510 €	
Limitation à 1 équipement (monture + verres) par période de 2 ans à partir de la date d'achat, sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (limitation ramenée à 1 an). Tous les montants du poste optique (y compris le plafond annuel) sont limités à 75% de leur valeur pour les enfants de moins de 18 ans.								
CURE								
Cure thermale acceptée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-
Cure de thalassothérapie (sur facture acquittée et pour un séjour en métropole de 6 jours minimum)	-	-	80 €/an	-	120 €/an	-	160 €/an	-
BIEN-ÊTRE								
Acupuncture								
Ostéopathie								
Chiropractie								
Etiopathie								
Réflexologie								
Sophrologie								
Fasciathérapie	50 €/an		75 €/an		100 €/an		150 €/an	
Kinésiologie								
Homéopathie								
Naturopathie								
Aromathérapie								
Phytothérapie								
ACTES MÉDICAUX FÉMININS								
Amniocentèse non remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie								
Procréation médicalement assistée	50 €/an		75 €/an		100 €/an		150 €/an	
Contraception (stérilet, pilules, patch)								
PRÉVENTION								
Vaccin antigrippal								
Vaccins prescrits mais non remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie								
Médicaments remboursables par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie mais non prescrits								
Bas de contention								
Analyses de laboratoire prescrites mais non remboursées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie								
Densitométrie osseuse								
Aide à l'arrêt du tabac (hors cigarettes électroniques)	50 €/an		75 €/an		100 €/an		150 €/an	
Pedicurie - Podologie								
Préservatifs féminins et masculins (sur facture acquittée et preuve d'achat)								
Bilan diététique chez un médecin nutritionniste								
Bilan allergique								
Ergothérapie								
Bilan psychomoteur chez un psychomotricien								
Diagnostic et surveillance de l'hypertension								
Glucométrie								
ASSISTANCE À DOMICILE EN FRANCE	OUI (voir conditions)							
ASSISTANCE RAPATRIEMENT	OUI (voir conditions)							

Les pourcentages indiqués ci-dessus sont appliqués aux tarifs fixés (base de remboursement, tarif de convention) par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie.
Les prestations ci-dessus incluent le remboursement des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie (sauf pour certains montants exprimés en Euros) et sont limitées aux frais réels engagés.
La Mutuelle rembourse au minimum à hauteur de 100% du ticket modérateur les prestations de prévention considérées comme prioritaires telles qu'elles sont définies par l'Arrêté du 8 juin 2006 publié au Journal Officiel le 18 juin 2006.
Les délais d'attente, les limites par année d'adhésion et les conditions de souscription figurent au renvoi des garanties.
Les garanties s'inscrivent dans le cadre des contrats dits « responsables » et « solidaires ».

Renvoi des Garanties Agir Santé France - Maroc 2025 - Résidents au Maroc - CNSS

Cette gamme s'adresse aux assurés retraités français qui ont décidé de s'installer fiscalement au Maroc, avec une durée continue ou discontinue de leurs séjours au Maroc dépassant 183 jours pour toute période de 365 jours.

Pour leur couverture sociale ils bénéficient soit des services du Centre National des Retraités Français de l'Etranger (CNAREFE) pour les soins reçus lors de leur séjour temporaire en France, soit de la CNSS (Caisse Nationale de Sécurité Sociale) au Maroc, ci-après dénommés Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie.

L'âge limite pour adhérer à cette gamme Santé est fixé à :

- 80 ans pour les garanties HARMONIE'R et CONFORT'R,
- 75 ans pour les garanties SERENITE'R et PLENITUDE'R.

Le changement de garantie ne peut s'effectuer qu'au 1^{er} janvier de chaque année. Lors du changement de garantie, la durée d'adhésion à la garantie précédemment souscrite n'est pas prise en compte.

L'adhésion est souscrite pour une durée initiale de 1 an minimum. Elle se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

La résiliation ne peut intervenir qu'après 1 année minimum d'adhésion à la Mutuelle.

EN FRANCE

Pour tous les actes non conventionnés, notre prestation est limitée au paiement du ticket modérateur calculé sur le montant de la base de remboursement du secteur non conventionné.

AU MAROC

Lors d'une hospitalisation programmée l'appel préalable à Wafa IMA est la règle (si possible 10 jours avant la date prévue de l'hospitalisation), soit par l'établissement hospitalier agréé, soit par l'adhérent lui-même ou par toute personne disposée à lui porter aide et assistance. Dans ce dernier cas, Wafa IMA l'informe des établissements dans lesquels les soins feront l'objet d'un règlement direct par Wafa IMA. La CNSS émet un devis. Sur la base de ce devis, Wafa IMA intervient en complément, dans la limite de la garantie souscrite. Le montant dû par la CNSS est versé directement à l'établissement hospitalier.

En cas d'urgence avérée, confirmée par les médecins de Wafa IMA, une prise en charge hors du réseau Wafa IMA pourra être effectuée, et un transfert éventuellement organisé. Hors urgence aucune prise en charge ne sera délivrée par Wafa IMA hors du réseau Wafa IMA.

Le tiers payant hospitalier est assuré par Wafa IMA, dans son réseau, pour une durée d'hospitalisation n'excédant pas 30 jours par événement médical. Au-delà, le séjour devra être réglé par l'adhérent.

Pour les soins dispensés au Maroc et en France, la Mutuelle intervient sur la base d'une demande de remboursement accompagnée des pièces originales suivantes : décomptes des prestations des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie, prescription médicale, facture détaillée et acquittée, notes d'honoraires de tout praticien et de tout établissement de santé, reçus délivrés par les pharmacies avec la prescription.

Hospitalisation

Le poste Hospitalisation s'applique pour un séjour comportant au moins 1 nuitée et lié à l'aggravation brutale, ou l'apparition, d'une pathologie médicale ou encore en lien avec la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Pour les frais de séjours, prise en charge des dépassements en fonction des conventions en vigueur avec les cliniques et établissements hospitaliers conventionnés en France ou dans le cadre du réseau Wafa IMA au Maroc.

Pour les dépassements d'honoraires (France + Maroc), un montant ou un remboursement par an* et par bénéficiaire.

Pour les dépassements d'honoraires, dans le cas où le Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie ne transmet pas l'information précisant si le médecin a signé le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM/OPTAM-CO), la Mutuelle appliquera, par défaut, le remboursement prévu pour celui qui n'a pas signé. Dès réception de cette précision la Mutuelle procédera au paiement du complément dû selon la garantie souscrite.

Le forfait hospitalier en France est pris en charge dans sa totalité à sa valeur au 1^{er} janvier de l'année en cours. Maisons d'accueil spécialisées - EHPAD - moyens et longs séjours - placements à l'année et temporaires exclus.

La chambre particulière (hors frais de location de télévision) est prise en charge, sous réserve de nuitée et en fonction des conventions en vigueur avec les cliniques et établissements hospitaliers conventionnés en France, pour une durée de 90 jours par an* et par bénéficiaire (dont 30 jours par an* et par bénéficiaire en maison de repos, convalescence, rééducation, soins de suite et de réadaptation) et dans le cadre du réseau Wafa IMA au Maroc pour une durée de 30 jours par événement médical. Ambulatoire - Gériatrie - Psychiatrie - Maisons d'accueil spécialisées - EHPAD - moyens et longs séjours - placements à l'année et temporaires exclus.

La nuitée s'entend pour un séjour comportant au moins une nuit de 22h00 à 6h00.

En France, en cas de séjour en maison de repos, convalescence, rééducation, soins de suite et de réadaptation, les dépenses afférentes à la chambre particulière sont prises en charge selon les niveaux prévus dans chaque garantie dès lors que le séjour est immédiatement consécutif à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ou débute moins de 48h après le terme de l'hospitalisation.

Au Maroc, en cas de séjour en maison de repos, convalescence, rééducation, soins de suite et de réadaptation, les dépenses liées à ce séjour sont prises en charge selon les niveaux prévus dans chaque garantie dès lors que le séjour est immédiatement consécutif à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ou débute moins de 48h après le terme de l'hospitalisation.

Le paiement de ces dépenses par l'adhérent est la règle. La Mutuelle intervient en complément de la CNSS dans la limite de 30 jours par an* et par bénéficiaire (y compris l'hospitalisation).

Le lit de l'accompagnant en France est pris en charge pour une durée de 90 jours par an* et par bénéficiaire. Uniquement sur facture de l'hôpital ou de la clinique en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans.

Psychiatrie - Maisons d'accueil spécialisées exclues.

Les frais de location de télévision (France + Maroc), lors d'une hospitalisation médicale, chirurgicale ou maternité, et lors d'un séjour en maison de repos, convalescence, rééducation, soins de suite et de réadaptation, sont pris en charge, sur présentation d'une facture acquittée, pour une durée totale de 15 jours par an* et par bénéficiaire. **Gériatrie - Psychiatrie - Maisons d'accueil spécialisées - EHPAD - moyens et longs séjours - placements à l'année et temporaires exclus.**

En cas d'adhésion à une garantie AGIR sans présentation d'un certificat de radiation d'une autre complémentaire santé, il sera fait application d'un délai d'attente de **3 mois**, sauf en cas d'accident, et, en cas d'adhésion aux garanties AGIR Sérénité'R et AGIR Plénitude'R ce délai d'attente passe à **9 mois**.

On entend par accident, l'intervention violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, non intentionnelle de la part d'un assuré, caractérisée par l'existence d'une lésion de ce dernier, survenant après la date de prise d'effet de la garantie.

La radiation doit dater de moins de 2 mois.

Actes médicaux - France

Les visites avec déplacements non médicalement justifiées sont prises en charge à 100% du TC.

Pour les dépassements d'honoraires, dans le cas où le Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie ne transmet pas l'information précisant si le médecin a signé le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM / OPTAM-CO), la Mutuelle appliquera, par défaut, le remboursement prévu pour celui qui n'a pas signé. Dès réception de cette précision la Mutuelle procédera au paiement du complément dû selon la garantie souscrite.

Dentaire - France et Maroc

Au Maroc, pour les prothèses dentaires remboursées, un montant par bénéficiaire et par prothèse (couronne fixe, couronne sur implant, dent à tenon, plaque base métallique, intermédiaires de bridge et prothèse amovible) dans la limite du plafond annuel*. En complément du montant remboursé par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie, notre participation s'effectue sur la base d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque prothèse.

En France, pour les prothèses dentaires et les prothèses transitoires remboursées, notre participation s'effectue sur la base d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque prothèse et dans la limite du plafond annuel*.

Pour les inlays core et les réparations de prothèses remboursés, un montant par bénéficiaire, par inlay core et par réparation dans la limite du plafond annuel*. En complément du montant remboursé par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie, notre participation s'effectue sur la base d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque inlay core ou réparation.

Pour l'orthodontie remboursée ou non, un montant par semestre* (calculé et proratisé sur la base d'un TO 90) et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel*. En complément du montant remboursé par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie ou en cas de non remboursement, notre participation s'effectue au regard d'une facture

acquittée détaillant la nature, la cotation, la période de début et de fin et le prix du traitement.

Le remboursement de l'orthodontie, remboursée ou non, s'effectue à la fin de chaque semestre.

Pour l'implantologie, un montant par bénéficiaire et par racine implantaire dans la limite du plafond annuel*. Notre remboursement s'effectue sur la base d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque racine implantaire.

Pour la parodontologie non remboursée, un montant par an* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel*. Notre participation s'effectue au regard d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque acte.

Pour le blanchiment dentaire, un montant par an* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel* et sur présentation d'une facture acquittée d'un chirurgien dentiste.

En cas d'adhésion aux garanties AGIR Sérénité'R et AGIR Plénitude'R sans présentation d'un certificat de radiation d'une autre complémentaire santé, il sera fait application d'un délai d'attente de **6 mois**. La radiation doit dater de moins de 2 mois.

Le plafond annuel* s'applique aux prothèses dentaires, aux prothèses transitoires, aux réparations de prothèses, aux inlays core, à l'orthodontie remboursée, à l'orthodontie non remboursée, à l'implantologie, à la parodontologie non remboursée et au blanchiment dentaire.

Optique - France et Maroc

Montants par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel*.

Ces montants sont limités à 75% de leur valeur pour les enfants de moins de 18 ans.

Limitation à 1 équipement (monture + verres) par période de 2 ans à partir de la date d'achat, sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (limitation ramenée à 1 an).

La monture doit obligatoirement être achetée chez un opticien. La monture solaire n'est pas remboursée.

Pour les lentilles de vue jetables, la facture acquittée doit préciser leur nomenclature exacte et être accompagnée de la prescription médicale. Toutes les autres lentilles sont exclues de nos prestations. Les enfants de moins de 12 ans n'ont pas droit à la prestation « lentilles de vue jetables ».

En cas d'adhésion aux garanties AGIR Sérénité'R et AGIR Plénitude'R sans présentation d'un certificat de radiation d'une autre complémentaire santé, il sera fait application d'un délai d'attente de **6 mois**. La radiation doit dater de moins de 2 mois.

Le plafond annuel* s'applique à l'ensemble du poste optique.

Bien-être - France et Maroc

Les montants s'entendent par an* et par bénéficiaire, sur présentation d'une facture acquittée.

Les actes d'acupuncture, d'ostéopathie, de chiropractie et d'étiopathie doivent être effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales.

Actes médicaux féminins - France et Maroc

Les montants s'entendent par an* et par bénéficiaire. Les actes doivent être médicalement prescrits, sur présentation d'une facture acquittée. La contraception couvre les moyens suivants : le stérilet, les pilules, le patch.

Prévention - France et Maroc

Les montants s'entendent par an* et par bénéficiaire, sur présentation d'une facture acquittée.

Pour les médicaments remboursables par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie mais non prescrits, le pharmacien devra indiquer le taux de remboursement sur la facture acquittée.

Pour les vaccins et les analyses de laboratoire non remboursés par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie, la prescription médicale doit être jointe à la facture acquittée.

L'âge se calcule toujours par différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

Les prestations décrites dans le tableau des garanties et dans le renvoi des garanties incluent le remboursement des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie (sauf pour certains montants exprimés en Euros) et sont limitées pour tous les risques aux frais réels engagés et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers par la Mutuelle en France et par WAFI IMA dans son réseau au Maroc. Les délais d'attente ne s'appliquent pas au ticket modérateur.

Cependant, dans le cadre de la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie en France, la Mutuelle ne prend pas en charge :

- les participations forfaitaires à charge de l'assuré, définies à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale, pour l'ensemble des actes auxquels elles s'appliquent,
- la minoration du remboursement du Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie en l'absence de choix d'un médecin traitant ou lors d'une consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant (prévus à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale),

- en cas de non respect du parcours de soins coordonnés, la fraction des dépassements d'honoraires correspondant aux dépassements autorisés pour les praticiens conventionnés (article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale) dans les limites conventionnelles en vigueur.

Par ailleurs, les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale relatif aux contrats responsables et les décrets pris pour son application (notamment le décret 2019-21 du 11/01/2019 modifiant l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale).

Dans ce contexte, sont pris en charge par la Mutuelle, dans les limites et plafonds définis dans le tableau des garanties :

- les soins remboursés par le Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie tels que définis aux articles R.871-2 1° et D.911-1 1° du Code de la Sécurité Sociale, sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur,
- les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au CAS ou à l'OPTAM/OPTAM-CO prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale dans la double limite de 100% du tarif opposable et du montant pris en charge pour les médecins adhérents au CAS ou à l'OPTAM/OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20% du tarif opposable,
- les équipements optique (verres et monture) dans le respect des minima et maxima définis par les articles R.871-2 3° et D.911-1 4° du Code de la Sécurité Sociale.

***La limite annuelle pour toutes les prestations s'entend par année civile.**

Gratuité de la cotisation pour le 3^{ème} et le 4^{ème} enfant. Le 5^{ème} enfant et les suivants sont payants. Pour la naissance du 1^{er} enfant, du 2^{ème}, du 5^{ème} et des suivants, les 3 premiers mois de cotisation du nouveau né sont offerts à condition qu'il soit inscrit à la Mutuelle dans les 3 mois qui suivent sa naissance.

Les garanties de cette gamme s'exercent en France et au Maroc.

Pour les prestations réalisées dans d'autres pays (actes, soins, séjours hospitaliers, honoraires, transports ou achats de produits, ...), la Mutuelle n'intervient pas en complément de la Caisse des Français de l'Etranger (CFE) mais uniquement en complément d'une prise en charge effective du Régime Obligatoire Français ou Marocain d'Assurance Maladie au titre des «soins à l'étranger». La Mutuelle n'intervient pas sur des prestations facturées à l'étranger (hors Maroc et exception faite des lentilles de vue jetables pour lesquelles la Mutuelle intervient à hauteur du montant défini au tableau des garanties et selon les conditions mentionnées au renvoi des garanties) qui ont pour objet la mise en application de forfaits ou de remboursements non soumis à prise en charge par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie.**

Les cotisations sont toujours prélevées sur un compte bancaire en France.

Les prestations sont toujours versées sur un compte bancaire en France et payées en Euros.

Pour les dépenses effectuées au Maroc, le taux de change appliqué sera celui en vigueur le 1^{er} jour du mois de la date des soins, sur la base des journaux financiers utilisés par la Mutuelle.

Les pourcentages indiqués dans le tableau des garanties sont appliqués aux tarifs fixés (base de remboursement = BR, tarif de convention = TC, tarif de responsabilité = TR, tarif forfaitaire de responsabilité = TFR) par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie en vigueur au 1^{er} janvier de l'année en cours. Toute évolution des règles de remboursement des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie (CCAM, tarification à l'activité, baisse de remboursement...) pourra entraîner des modifications de nos prestations.

**** Dans ce cadre les frais de séjour en hospitalisation seront limités à 100% de la BR pendant 30 jours par an* et par bénéficiaire.**

Dispositions 100% santé en France complétant votre tableau des garanties pour les postes OPTIQUE, DENTAIRE ET AIDES AUDITIVES

1 - POSTE OPTIQUE

Garanties	Composition du panier	Prise en charge
EQUIPEMENT 100% SANTE (CLASSE A)		
Monture de Classe A	<ul style="list-style-type: none"> 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. 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. Prestations d'appariage 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. 	Aucun reste à charge après le remboursement cumulé de l'Assurance maladie obligatoire et de votre contrat PLEYEL SANTE, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV fixés par décret), sous réserve du respect des conditions de renouvellement définies par la réglementation.
Verres de Classe A		
Autres prestations		
EQUIPEMENT AUTRE QUE 100% SANTE (CLASSE B)		
Monture de Classe B	<p>Votre contrat prévoit des forfaits dédiés à la monture et aux verres ; la prise en charge se fera donc en fonction de chacun des forfaits et dans la limite des plafonds prévus dans chaque garantie.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Les garanties actuelles prévues au contrat continuent de produire leurs effets dans le respect des limites de prise en charge minimales et maximales (remboursement cumulé de l'Assurance maladie obligatoire et de votre contrat PLEYEL SANTE), sous réserve du respect des conditions de renouvellement définies par la réglementation.</p> <p>100% du ticket modérateur</p>
Verres de Classe B		
Autres prestations		

2 - POSTE DENTAIRE

Garanties	Composition du panier	Entrée en vigueur	Prise en charge
SOINS DENTAIRES PROTHETIQUES 100% SANTE			
Actes dentaires définis par l'arrêté du 24 mai 2019, dont notamment :	Couronnes et bridges	Depuis le 1 ^{er} janvier 2020	Aucun reste à charge après remboursement cumulé de l'Assurance maladie obligatoire et de votre contrat PLEYEL SANTE et dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF fixés par décret).
	Autres prothèses	À partir du 1 ^{er} janvier 2021	
SOINS DENTAIRES PROTHETIQUES AUTRES QUE 100% SANTE			
Prothèses relevant du panier à tarifs modérés (prise en charge dans la limite des honoraires limites de facturation)			Vos garanties actuelles continuent de produire leurs effets.
Prothèses relevant du panier à tarifs libres			

Dispositions 100% santé en France complétant votre tableau des garanties pour les postes OPTIQUE, DENTAIRE ET AIDES AUDITIVES

3 - POSTE AIDES AUDITIVES – DEPUIS LE 1^{ER} JANVIER 2021

Garanties	Composition du panier	Prise en charge
EQUIPEMENT 100% SANTE (CLASSE I)		
Prothèses auditives classe I	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	Aucun reste à charge après remboursement cumulé de l'Assurance maladie obligatoire et de votre contrat PLEYEL SANTE et dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV fixés par décret), sous réserve du respect des conditions de renouvellement définies par la réglementation.
EQUIPEMENT AUTRE QUE 100% SANTE (CLASSE II)		
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 II 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.	Les garanties actuelles prévues au contrat continuent de produire leurs effets dans le respect des limites de prise en charge minimales et maximales et sous réserve du respect des conditions de renouvellement définies par la réglementation.

Liste A :

- 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)

Liste B :

- 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 impulsif permettant d'augmenter le confort d'écoute du patient en réduisant les bruits de durée inférieure à 300ms

Accessoires et fournitures



NOTICE D'INFORMATION

ASSISTANCE MOBILITÉ INTERNATIONALE

Parce que la présence de votre mutuelle en toutes circonstances est essentielle pour vous assurer une plus grande sérénité, PLEYEL SANTÉ vous offre un service d'assistance renforcé et adapté à vos besoins. Les équipes sont à votre écoute, 24h/24 et 7j/7.

05 29 07 50 86 depuis le Maroc
+212 5 29 07 50 86 depuis l'étranger



وفا إيماءة
Wafa IMA Assistance



La présente convention dénommée « Convention d'Assistance » passée entre PLEYEL SANTE et WAFA IMA Assistance a pour objet de garantir une assistance médicale et matérielle au Maroc aux assurés retraités français résidant au Maroc, bénéficiaires uniquement de la Sécurité Sociale française et/ou marocaine souscripteurs d'une garantie « Mobilité Internationale » auprès de PLEYEL SANTE.

Les garanties d'assistance sont assurées par : WAFA IMA Assistance, société au capital de 50 000 000 DH, entreprise d'assurance et de réassurance régie par la loi 17-99 portant code des assurances dont le siège social est situé sur Casablanca Business Center, lot n°2 Lotissement Mandarouna, Sidi Marouf.

I. GENERALITÉS AU CONTRAT D'ASSISTANCE	P.4
1.1 OBJET DU CONTRAT	P.4
1.2 DEFINITIONS	P.4
1.3 PARTIES AU CONTRAT	P.5
1.4 PERSONNES ASSUREES	P.6
1.5 TERRITORIALITE	P.6
1.6 CIRCONSTANCES D'INTERVENTION	P.6
1.7 DECLARATION DE SINISTRE	P.6
1.8 DUREE DE COUVERTURE A L'ETRANGER	P.7
II. GARANTIES D'ASSISTANCE	P.7
1. ORIENTATION MÉDICALE HOSPITALIÈRE	P.7
2. AVANCE DES FRAIS MÉDICAUX D'HOSPITALISATION	P.7
3. TRANSPORT SANITAIRE	P.8
4. TRANSFERT SANITAIRE	P.8
5. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE	P.9
6. ENVOI DE MÉDICAMENTS	P.9
7. PROLONGATION DE SÉJOUR POUR RAISON MÉDICALE	P.9
8. HOSPITALISATION DE PLUS DE 10 JOURS	P.9
9. ASSISTANCE EN CAS DU DÉCÈS D'UNE PERSONNE ASSURÉE	P.9
10. RETOUR EN CAS DE DÉCÈS D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE	P.10
11. FRAIS DES BAGAGES À MAIN ET DES ANIMAUX DE COMPAGNIE	P.10
12. ASSISTANCE LINGUISTIQUE	P.10
13. ORIENTATIONS MÉDICALES	P.10
14. RENSEIGNEMENTS PRATIQUES	P.10
15. MESSAGES URGENTS	P.10
III. EXCLUSIONS	P.11
LES CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES	P.12
IV. DISPOSITIONS GENERALES AU CONTRAT D'ASSURANCE	P.13
1. DUREE ET PRISE D'EFFET DU CONTRAT	P.13
2. PRIME	P.13
3. OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ	P.13
4. ENGAGEMENT DE Wafa IMA ASSISTANCE	P.14
V. DISPOSITIONS PARTICULIERES	P.15
1. RÉSILIATION	P.15
2. SUSPENSION	P.16
3. NULLITÉ	P.16
4. PRESCRIPTION	P.16
5. ARBITRAGE	P.16
6. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	P.16

• I.GENERALITÉS AU CONTRAT D'ASSISTANCE •

Le présent contrat est régi par la loi N°17-99 portant code des Assurances et par ses textes d'application, ainsi que par les présentes conditions générales et les conditions particulières y annexées.

1.1 OBJET DU CONTRAT

Les présentes conditions générales ont pour objet de définir les termes et les modalités d'application des garanties prévues ci-après au Titre-II « GARANTIES D'ASSISTANCE » du présent contrat, envers les personnes assurées ci-dessous définies.

1.2 DEFINITIONS

Accident corporel :

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure à la personne assurée et indépendant de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques à ladite personne assurée.

Assuré

Retraité français résidant au Maroc pour une durée dépassant 6 mois par an, bénéficiaire de la Sécurité sociale marocaine (CNSS) ou de la Caisse des Français de l'Etranger (CFE), et souscripteur d'un contrat auprès de Pleyel Santé pour lui ainsi que pour son conjoint et pour ses enfants de moins de 16 ans ou à charge fiscalement qui l'accompagnent.

Animaux de compagnie :

Animaux dont l'espèce est depuis longtemps domestiquée (notamment chien ou chat), vivant au domicile de la personne assurée.

Bagages à main :

Effets et objets personnels transportés par la personne assurée à l'occasion d'un déplacement, dans la limite de 50 kg, à l'exception de tout moyen de paiement, des denrées périssables, des bijoux et plus généralement de tout objet de valeur. Sont assimilés aux bagages à main les cycles sans moteur (vélos, VTT, ...).

Cas de force majeure :

Événements exceptionnels imprévisibles, irrésistibles et extérieurs, auxquels on ne peut faire face et qui permettent une exonération de responsabilité.

Domicile :

Domicile marocain déclaré au contrat.

Etranger :

France et Espagne

Frais d'hébergement, frais de séjour :

Frais de nuitée, y compris petit déjeuner, à l'hôtel.

France :

France métropolitaine et par assimilation la Principauté de Monaco et Andorre.

Hospitalisation :

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

• I.GENERALITÉS AU CONTRAT D'ASSISTANCE •

Le présent contrat est régi par la loi N°17-99 portant code des Assurances et par ses textes d'application, ainsi que par les présentes conditions générales et les conditions particulières y annexées.

1.2 DEFINITIONS

Hospitalisation d'urgence :

Hospitalisation nécessitant une intervention médicale immédiate ou rapide sans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel pourrait être engagé et décidée par une autorité médicale compétente.

Maladie :

Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, n'ayant pas fait l'objet d'une hospitalisation continue ou d'une hospitalisation ambulatoire ou d'une hospitalisation de jour, dans la période de 6 mois précédant la demande d'assistance, dûment constatée par une autorité médicale compétente et dont la réalité sera vérifiée par les médecins de Wafa IMA Assistance.

Membres de la famille

Conjoint, ascendants ou descendants de premier degré résidant en France ou au Maroc

Pays de d'origine :

France

Plateau technique :

Ensemble des moyens médicaux (établissements hospitaliers, praticiens, matériel chirurgical...) disponibles localement (pays ou ville).

Proche :

Toute personne désignée par la personne assurée résidant en France ou au Maroc

Résident :

Toute personne assurée domiciliée au Maroc plus de 6 mois par an.

Sinistre :

Toute survenance de l'événement prévu par le présent contrat

Transport sanitaire :

Opération qui consiste à transporter un malade ou un blessé dont l'état justifie le recours à un transport adapté et assisté. Celui-ci est conditionné à l'état du patient, évalué par les médecins de Wafa IMA Assistance qui décident de prescrire ou non ce transport sanitaire et en déterminent les modalités.

Transfert sanitaire :

Opération qui consiste à amener un malade ou blessé dans une ville ou un pays voisin afin d'effectuer des examens ou des actes non réalisables dans son lieu de résidence.

1.3 PARTIES AU CONTRAT

- **L'Assureur/ Assisteur : Wafa IMA Assistance**

Adresse : Casablanca Business Center, lot 2 lotissement Mandarouna, Sidi Maârouf, Casablanca - Maroc.

• I.GENERALITÉS AU CONTRAT D'ASSISTANCE •

Le présent contrat est régi par la loi N°17-99 portant code des Assurances et par ses textes d'application, ainsi que par les présentes conditions générales et les conditions particulières y annexées.

Souscripteur : PLEYEL SANTE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité Français, inscrite au Répertoire SIREN sous le numéro 784 451 569, qui s'engage envers Wafa IMA Assistance pour le paiement de la prime.

Adresse : 187, boulevard Anatole France
93200 SAINT-DENIS – France.

1.4 PERSONNES ASSUREES

Les personnes assurées, pour autant qu'elles résident au Maroc pour une durée dépassant 6 mois par an et qu'ils soient nommément désignés dans le fichier transmis sont :

- L'assuré et son conjoint,
- Les enfants de moins de 16 ans ou à charge fiscalement qui les accompagnent.

Wafa IMA Assistance vérifie préalablement à la souscription du contrat que les conditions mentionnées dans les définitions ci-dessus des personnes assurées sont remplies. Toutefois, lorsque le contrat est souscrit alors que ces conditions ne sont pas remplies, la garantie reste acquise.

1.5 TERRITORIALITE

Les garanties d'assistance du présent contrat s'appliquent au Maroc, en France et durant le trajet en Espagne pour rejoindre la France ou le Maroc.

Toutefois, la garantie « avance frais médicaux » s'applique uniquement au Maroc.

1.6 CIRCONSTANCES D'INTERVENTION

Wafa IMA Assistance intervient 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en cas de :

- Accident Corporel, Maladie ou décès d'une personne assurée,

- Décès d'un membre de la famille,

Pour les séjours en France et/ou en Espagne, les garanties d'assistance ci-dessus définies, sont acquises pour des séjours n'excédant pas 90 (quatre-vingt-dix) jours consécutifs.

1.7 DECLARATION DE SINISTRE

- Modalités de contact du service d'assistance

Dès la survenance du sinistre et sauf cas fortuit ou de force majeure, la personne assurée doit le déclarer au plus tard dans les cinq jours (5 jours) auprès de Wafa IMA Assistance, afin qu'elle puisse le faire bénéficier des prestations sus-indiquées.

Wafa IMA Assistance relance à la déchéance en cas de déclaration tardive du sinistre.

● II. GARANTIES D'ASSISTANCE ●

Afin que l'assistance soit organisée de manière optimale et notamment pour convenir du moyen de transport le mieux approprié, la personne assurée veillera à contacter Wafa IMA Assistance avant toute intervention et à n'engager des frais d'assistance qu'avec son accord, au numéro suivant :

+212 5 29 07 50 86 depuis un pays autre que le Maroc,
0 529 07 50 86 depuis le Maroc

1.8 Durée de couverture à l'étranger

Les garanties d'assistance du présent contrat sont couvertes pour des séjours à l'étranger n'excédant pas 90 (Quatre-vingt-dix jours) jours consécutifs.

II. GARANTIES D'ASSISTANCE

1. Orientation médicale hospitalière

Wafa IMA Assistance oriente les personnes assurées, par téléphone, vers les établissements hospitaliers qu'elle a conventionnés.

Wafa IMA Assistance est liée par convention avec des établissements hospitaliers sélectionnés dans le pays (ou les villes) où le plateau technique se révèle compatible avec les impératifs médicaux d'une part, et dont les coûts sont préalablement validés ou contrôlés par l'intermédiaire de structures spécialisées, d'autre part.

Dans tous les cas le réseau sélectionné par Wafa IMA Assistance s'efforce de satisfaire aux normes de compétences techniques et financières les meilleures, compte tenu de la situation culturelle, géographique et politique, sociale et économique du pays considéré.

2. Avance des Frais médicaux d'hospitalisation

Dans l'attente des remboursements dus par la CFE et par Pleyel Santé, les frais médicaux liés à une hospitalisation d'une personne assurée font l'objet d'une avance.

Si la personne assurée est affiliée à la CNSS, dans le cadre d'une hospitalisation programmée, l'établissement hospitalier du réseau Wafa IMA Assistance fait la demande d'entente préalable auprès de la CNSS et Wafa IMA Assistance garantit le complément (après analyse et négociation du devis), dans la limite de la garantie souscrite auprès de Pleyel Santé.

Pleyel Santé réglera ce complément à Wafa IMA Assistance sur présentation de la facture originale.

Si la personne assurée est affiliée à la CFE, Wafa IMA Assistance garantit la totalité des soins (après analyse et négociation du devis), dans la limite de la garantie souscrite auprès de Pleyel Santé. Wafa IMA Assistance se chargera de récupérer la partie incombant à la CFE avant de demander le complément à Pleyel Santé.

En cas d'hospitalisation d'urgence, Wafa IMA Assistance fera, dans la mesure du possible, un dépôt de garantie pour assurer l'accès aux soins.

Si Wafa IMA Assistance porte le risque sur des prestations et/ou au-delà de montants ou de durée non couverts par le contrat Pleyel Santé, Wafa IMA Assistance en assumera la charge.

3. Transport sanitaire

En cas de maladie ou d'accident corporel, lorsque les médecins de Wafa IMA Assistance, après avis des médecins consultés localement, et si nécessaire du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident d'un transport sanitaire et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), Wafa IMA Assistance organise et prend en charge le transport de la personne assurée vers la structure médicale la plus proche susceptible de dispenser les soins appropriés.

Si un rapatriement en France est jugé nécessaire par les médecins de Wafa IMA Assistance, après avis des médecins consultés localement, et si nécessaire du médecin traitant, celui-ci s'effectue jusqu'à la structure hospitalière susceptible de dispenser les soins appropriés, déterminée par les médecins de Wafa IMA Assistance.

Si une personne assurée a fait l'objet d'un transport sanitaire ou d'un rapatriement en France et qu'il dispose d'un titre de transport remboursable en cas de non utilisation, elle doit faire les démarches nécessaires en vue de son remboursement et en reverser le montant à Wafa IMA Assistance.

A la fin des soins et lorsque l'état médical le permet, Wafa IMA Assistance organise et prend en charge le retour de la personne assurée vers son domicile.

En cas de transport sanitaire d'une personne assurée, Wafa IMA Assistance organise et prend en charge le transport d'un accompagnant, lui-même bénéficiaire, par le moyen le plus approprié.

Si l'accompagnant est le conjoint de l'assuré, Wafa IMA Assistance, dans les cas visés ci-dessus, organise et prend en charge également le transport et l'hébergement des enfants âgés de moins de 16 ans qui resteraient seuls.

Si Wafa IMA Assistance a organisé le transport aller d'un accompagnant, Wafa IMA Assistance organisera et prendra en charge son retour.

4. Transfert sanitaire

Wafa IMA Assistance organise, par le moyen le plus adapté, le transfert sanitaire de la personne assurée, pour des actes non réalisables sur place, et prend en charge son coût, ceci après validation par les médecins de Wafa IMA Assistance, en accord avec les médecins traitants locaux.

Si les médecins de Wafa IMA Assistance estiment que la présence d'un accompagnant, lui-même bénéficiaire, est médicalement nécessaire, Wafa IMA Assistance prend en charge son transport.

Si Wafa IMA Assistance a organisé le transport aller, Wafa IMA Assistance organisera et prendra en charge le transport retour.

5. Assistance psychologique

En cas de survenance d'événement grave et/ou traumatisant, et sur simple appel de la personne assurée, Wafa IMA Assistance organise et prend en charge, selon les cas :

- de 1 à 3 entretiens téléphoniques individuels avec un psychologue clinicien.
- Les prestations doivent être exécutées dans un délai d'un an à compter de la survenance de l'événement.

6. Envoi de médicaments

En cas de nécessité, Wafa IMA Assistance recherche, les médicaments prescrits ou leurs équivalents indispensables à sa santé. A défaut de pouvoir se les procurer sur place, et dans la mesure où le délai d'acheminement est compatible avec la nature du problème, Wafa IMA Assistance organise et prend en charge l'expédition de ces médicaments.

De même, Wafa IMA Assistance organise et prend en charge, lorsque nécessaire, l'expédition à la personne assurée de lunettes, lentilles de contact, appareillages médicaux et prothèses.

Le coût de ces médicaments et matériels reste à la charge de la personne assurée, Wafa IMA Assistance pouvant en avancer le montant si nécessaire.

7. Prolongation de séjour pour raison médicale

Lorsque des soins ont été dispensés à une personne assurée et qu'elle n'est pas jugée transportable vers son domicile par les médecins de Wafa IMA Assistance, alors que son état médical ne nécessite pas une hospitalisation, Wafa IMA Assistance participe à ses frais d'hébergement, et à ceux de l'accompagnant, dans la limite de 1.100 dhs par nuitée pour une durée maximale de 7 nuitées.

8. Hospitalisation de plus de 10 jours

Wafa IMA Assistance met à la disposition d'un membre de la famille (ou d'un proche choisi par la personne assurée) un billet aller/retour de train 1ère classe ou d'avion classe touriste, pour se rendre au chevet de la personne assurée, malade ou blessé, isolé de tout membre de sa famille, qui doit rester hospitalisé pendant plus de 10 jours alors que son état empêche ou ne justifie pas un transport sanitaire.

Wafa IMA Assistance participe également aux frais d'hébergement de la personne transportée dans la limite de 7 nuitées et 1.100 dhs par nuitée.

9. Assistance en cas du décès d'une personne assurée

Wafa IMA Assistance organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu de l'inhumation en France ou dans le pays de domicile. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les démarches et formalités administratives permettant ce transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante.

● II. GARANTIES D'ASSISTANCE ●

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation en France ou d'incinération en France de la personne assurée restent à la charge de la famille.

10. Retour en cas de décès d'un membre de la famille

En cas de décès d'un membre de la famille, Wafa IMA Assistance organise et/ou prend en charge le déplacement aller-retour des personnes assurées pour se rendre sur le lieu d'inhumation ou d'obsèques en France ou dans le pays de domicile,

11. Frais des Bagages à main et des animaux de compagnie

À l'occasion du rapatriement de l'ensemble des personnes assurées, les animaux de compagnie et les bagages à main, dans la limite de 50 kilos par personne assurée, sont rapatriés aux frais de Wafa IMA Assistance.

12. Assistance linguistique

La personne assurée, confrontée à de graves difficultés de communication dans la langue du pays où il se trouve, peut solliciter Wafa IMA Assistance qui s'efforcera de l'aider, selon la disponibilité de ses linguistes

13. Orientations médicales

Des orientations médicales sont données aux personnes assurées par les médecins de Wafa IMA Assistance :

- Lors de la préparation de leur voyage (attitudes préventives, vaccinations obligatoires et/ou conseillées),
- pendant leur séjour (choix d'établissement hospitalier, ...),
- et à leur retour de voyage, pour tout événement médical survenant dans les suites immédiates de ce retour.

Les orientations médicales données ne peuvent en aucun cas être considérées comme des consultations médicales.

14. Renseignements pratiques

Des renseignements pratiques, de caractère général et relatifs à l'organisation des voyages (formalités administratives, liaisons téléphoniques, caractéristiques économiques et climatiques...) sont communiqués aux personnes assurées sur leur demande

15. Messages urgents

Wafa IMA Assistance se charge de transmettre des messages urgents en rapport avec un événement grave. Wafa IMA Assistance ne peut être tenu responsable du contenu de ces messages.

● III. EXCLUSIONS ●

Sans préjudice des dispositions de l'article 18 de la loi n° 17-99 précitée, les garanties d'assistance objet du présent contrat sont accordées sous réserve des exclusions suivantes :

- L'avance des frais médicaux en France
- Les frais de transports primaires,
- Les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé ainsi que les déplacements pour greffe d'organe,
- L'assistance liée au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles,
- L'assistance en lien avec les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques en dehors de toute intervention à la suite de blessure, malformation ou lésion liées à des maladies,
- La faute intentionnelle ou dolosive des personnes assurées (Article 17 de la loi 17-99 portant code des Assurances);
- Tout sinistre résultant de la consommation de boissons alcoolisées ou d'absorption de produits non prescrits médicalement, usages de drogues, stupéfiants et de leurs conséquences ;
- La tentative de suicide ou le suicide de la personne assurée, que celui-ci ait eu ou non conscience des conséquences de son acte ;
- Les événements, et leurs conséquences, survenus lors de la pratique de sports à titre professionnel ou dans le cadre d'une compétition
- L'achat ou la location d'appareils de climatisation, d'humidificateurs, d'appareils à aérosol et des appareils pour exercices physiques,
- Les dépenses occasionnées par les proches ou les membres de la famille de la personne assurée pendant sa période d'hospitalisation,
- Les rapatriements en rapport avec un état antérieur ayant justifié un premier rapatriement organisé par Wafa IMA Assistance,
- Les frais qui résultent de soins ou de traitements dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par les autorités sanitaires françaises et qui ne sont pas pris en charge par la CNSS ou par la Caisse des Français de l'Etranger,
- Les frais de séjour en maison de repos, et en centres de rééducation ou maisons de convalescence,
- Les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie

Les circonstances exceptionnelles

- Wafa IMA Assistance ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités compétentes.
- Wafa IMA Assistance ne peut être tenue pour responsable des retards ou empêchements indépendants de sa volonté.

● III. EXCLUSIONS ●

Wafa IMA Assistance ne pourra en aucun cas se substituer aux organismes officiels de secours d'urgence : ramassage primaire, police, protection civile, pompiers, ni prendre en charge les frais ainsi engagés sauf ceux inhérents au transport sanitaire lorsque ces organismes sont intervenus en premier ou lorsqu'ils doivent intervenir conformément à la réglementation en vigueur.

Wafa IMA Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient des cas de force majeure tels que guerre civile ou étrangère, révolution, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques ou naturels notamment : épidémies, pandémies, tempêtes, ouragans, tremblement de terre.

1. Durée et prise d'effet du contrat

Le contrat est conclu du 1er janvier 2023 jusqu'au 31 décembre 2023. Il se renouvelle au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction pour des durées successives de 12 mois, sauf résiliation par l'une des parties adressée à l'autre partie par lettre recommandée avec avis de réception, moyennant le respect d'un préavis de 3 mois avant l'échéance du contrat.

L'assureur avisera le souscripteur par courrier de la date d'échéance du présent contrat et du montant de la prime dont il est redevable cent vingt jours (120) jours avant chaque échéance de prime.

Lorsque les parties conviennent de la prorogation du contrat par tacite de reconduction, la durée de chacune des prorogations successives du contrat par tacite de reconduction ne peut, en aucun cas, être supérieure à une année.

2. Prime

Le souscripteur procède au règlement des primes dans un délai d'un mois suivant la réception de l'avis d'échéance trimestriel qui lui aura été adressé par Wafa IMA Assistance.

À défaut de paiement de la prime dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour Wafa IMA Assistance de poursuivre l'exécution du contrat en justice, celle-ci peut suspendre la garantie vingt (20) jours après la mise en demeure du souscripteur.

Wafa IMA Assistance a le droit de résilier le contrat dix (10) jours après l'expiration du délai de vingt (20) jours mentionné ci-dessus (Articles 21,22 et 23 de la loi n°17-99 portant code des assurances).

Lorsque la mise en demeure est adressée en dehors du Maroc, le délai de vingt (20) jours mentionné au deuxième alinéa ci-dessus est doublé.

3. Obligations de l'assuré

A la souscription, l'assuré est tenu de déclarer les éléments prévus au niveau des conditions particulières.

En cours de contrat, l'assuré doit déclarer toutes les circonstances spécifiées dans les conditions particulières qui ont pour conséquence d'aggraver les risques.

Cette déclaration doit être faite préalablement à l'aggravation si celle-ci est par le fait de l'assuré et dans les huit (8) jours à partir du moment où il en a eu connaissance lorsque l'aggravation est sans son fait (article 24 de la loi n°17-99 portant code des assurances).

Le présent contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

L'assuré doit, en outre, déclarer tout contrat d'assurance souscrit auprès d'autres compagnies d'assurances ou organismes de prévoyance, le couvrant pour les mêmes risques.

4. Engagement de Wafa IMA ASSISTANCE

Sauf cas fortuit ou de force majeure, les prestations d'assistance citées ci-dessus organisées par la personne assurée ou par son entourage ne peuvent donner lieu à remboursement que si Wafa IMA Assistance a été prévenue, et a donné son accord exprès. Cette clause n'est pas opposable aux personnes assurées qui justifient qu'au moment du sinistre, Wafa IMA Assistance a été injoignable.

Cette justification est établie notamment en présentant les numéros de téléphone à partir desquels la personne assurée a essayé de joindre Wafa IMA Assistance, et dans la mesure du possible, les dates et les heures d'appel.

Le remboursement des frais à la charge de Wafa IMA Assistance est réglé soit à son siège, soit auprès de l'intermédiaire d'assurance auprès duquel le souscripteur a souscrit le présent contrat, dans un délai de 30 jours à compter de la réception des pièces justificatives.

Dans ce cas, les frais remboursés le seront que sur présentation de justificatifs originaux suivants :

1. Les factures originales pour les garanties d'assistance en cas de décès ;
2. Le dossier médical et les factures originales pour les garanties d'assistance médicales.

L'Assisteur s'engage à faire diligence pour exécuter les prestations prévues au présent contrat dans les meilleurs délais possibles.

En cas de réalisation des risques couverts par le présent Contrat, la fourniture des prestations d'assistance est effectuée par l'intermédiaire de personnes ou organismes mandatés à cet effet par Wafa IMA Assistance, et agissant dans le cadre de leurs attributions professionnelles respectives.

Wafa IMA Assistance ne peut être tenue pour responsable des retards ou empêchements indépendants de sa volonté.

1. Résiliation

Le présent contrat est résilié ou peut l'être dans les cas suivants :

A l'initiative de Wafa IMA Assistance

- En cas de non-paiement de prime (article 21 de la loi n° 17-99 portant code des assurances) ;
- En cas d'aggravation des risques (article 24 de la loi n° 17-99 portant code des assurances) ;
- Avant sinistre, en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration des risques soit à la souscription, soit en cours de contrat (article 31 de la loi n° 17-99 portant code des assurances) ;
- Après sinistre, l'assuré a le droit de résilier les autres contrats souscrits auprès de Wafa IMA Assistance (Article 26 de la loi n°17-99 portant code des assurances) ;[Nabil1]
- En cas de déconfiture ou de liquidation judiciaire de l'assuré (article 27 de la loi n° 17-99 portant code des assurances).

A l'initiative de l'assuré

- En cas de disparition de circonstances aggravant les risques assurés, si Wafa IMA Assistance refuse de réduire la prime en conséquence (article 25 de la loi 17-99 portant code des assurances) ;
- En cas de résiliation après sinistre, par Wafa IMA Assistance, d'un autre contrat (article 26 de la loi 17-99 portant code des assurances) de plein droit. En cas de retrait d'agrément de Wafa IMA Assistance, le présent contrat est résilié de plein droit dès le 20ème jour à midi à compter de la publication au Bulletin Officiel de la décision de l'Autorité de Contrôle

des Assurances et de la Prévoyance Sociale prononçant le retrait de [Nabil1]La faisabilité de modification des dispositions de ce alinéa est en cours d'étude avec l'ACAPS. Nous comptons avoir une réponse avant notre prochaine réunion du 7/10/2022.

l'agrément et ce, conformément aux dispositions de l'article 267 de la loi n° 17-99 portant code des assurances ;

- En cas de liquidation judiciaire de Wafa IMA Assistance (article 27 de la loi n°17-99 portant code des assurances) ;

Résiliation à la demande des héritiers de l'assuré

- En cas de déconfiture ou de liquidation judiciaire de l'assuré (article 27 de la loi n° 17-99 portant code des assurances),
- En cas de décès de l'assuré (article 28 de la loi n° 17-99 portant code des assurances).

Dans tous les cas où le souscripteur a la faculté de demander la résiliation, il peut le faire à son choix et nonobstant toute clause contraire, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social de Wafa IMA Assistance, soit par acte extrajudiciaire, soit par lettre recommandée.

Dans tous les cas où Wafa IMA Assistance a la faculté de demander la résiliation, elle peut le faire par lettre recommandée au dernier domicile connu du souscripteur conformément aux dispositions de l'article 8 de la loi n° 17-99 portant code des assurances A l'exception des cas prévus aux articles 21 et 28 de la loi n°17-99 précitée, dans tous les cas de résiliation au cours d'une période d'assurance, la portion de prime afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru n'est pas acquise à Wafa IMA Assistance.

I. DISPOSITIONS PARTICULIERES

Elle doit être restituée, si elle a été perçue d'avance, dans les conditions prévues par les articles 6, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 33, 46 et 267 de la même loi.

2. Suspension

Le contrat est suspendu ou peut l'être à l'initiative de Wafa IMA Assistance :
en cas de non-paiement d'une prime ou d'une fraction de prime (article 21 de la loi n° 17-99 précitée).

3. Nullité

Le présent Contrat est frappé de nullité en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour Wafa IMA Assistance, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

L'omission ou la déclaration inexacte de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité du contrat.

Si ladite omission ou déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre, Wafa IMA Assistance a le droit, soit de maintenir le contrat moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat (Article 31 de la loi n°17-99 portant code des assurances).

Dans le cas où la constatation n'a eu lieu qu'après le sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux de prime payé par rapport au taux de prime qui aurait été dû, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. (Article 31 de la loi n°17-99 portant code des assurances).

4. Prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées par les Articles 36, 37 et 38 de la loi n° 17-99 portant Code des Assurances.

5. Arbitrage

En cas de litige portant sur l'interprétation des clauses du présent contrat ou sur son exécution, Wafa IMA Assistance et le souscripteur déclarent s'en reporter à la sentence rendue par deux arbitres choisis par chacun d'eux; en cas de désaccord, les deux arbitres désignent un troisième pour les départager.

A défaut d'entente sur cette désignation, le choix sera fait sur une simple requête de la partie la plus diligente par le président de la juridiction compétente.

L'avis pris à la majorité de cette commission arbitrale sera obligatoire pour les parties sans appel et ce, sans préjudice des dispositions du code de la procédure civile.

Chacune des parties supportera les honoraires de son arbitre et par moitié, ceux du tiers arbitre

6. Protection des données à caractère personnel

6.1 Engagements de Wafa IMA Assistance

Conformément à la loi n°09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, promulguée par le Dahir N° 1-09-15 du 22 Safar 1430 (18 Février 2009), il est porté à la connaissance du souscripteur et/ou de

I. DISPOSITIONS PARTICULIERES

l'assuré que l'Assisteur traite des données le concernant pour :

-La gestion des souscriptions et sinistres de l'Assistance, la gestion des demandes et réclamations des clients, enregistrement téléphonique, gestion des impayés et recouvrement, gestion des contentieux, contrôle interne, et la gestion des données de la géolocalisation.

Peuvent seuls, dans les limites de leurs attributions respectives, être destinataires de ces données : **Le personnel habilité, prestataires de service, sous-traitants, les organismes sociaux et fiscaux, le dispositif de contrôle interne et externe.**

Certains de ces destinataires sont situés en dehors du Royaume et offrent un niveau de protection des données personnelles adéquat. La transmission de ces données est destinée à la gestion des souscriptions et sinistres de l'Assistance, écoute et enregistrement téléphonique et à la gestion des impayés et recouvrement.

Le transfert de données a été autorisé par la Commission Nationale de Contrôle de la Protection des Données à Caractère Personnel (CNDP) sous les T-A-18/2015 ; T-A-17/2015 ; T-A-16/2015, T-A-15/2015, T-A-14/2015.

Le Souscripteur et/ ou l'assuré peut accéder aux informations le concernant, les rectifier, les supprimer ou s'y opposer pour motif légitime, en s'adressant à l'Assisteur par courrier postal à l'adresse suivante : Wafa IMA Assistance – Direction Conformité - Immeuble Casablanca Business Center, Lot 2, Lotissement Mandarona, Sidi Maârouf - 20190 Casablanca ou par courrier électronique à l'adresse de messagerie : loi0908@wafaimaassistance.com

Le transfert de données a été autorisé par la Commission Nationale de Contrôle de la Protection des Données à Caractère Personnel (CNDP) sous les T-A-18/2015 ; T-A-17/2015 ; T-A-16/2015, T-A-15/2015, T-A-14/2015.

Le Souscripteur et/ ou l'assuré peut accéder aux informations le concernant, les rectifier, les supprimer ou s'y opposer pour motif légitime, en s'adressant à l'Assisteur par courrier postal à l'adresse suivante : Wafa IMA Assistance – Direction Conformité - Immeuble Casablanca Business Center, Lot 2, Lotissement Mandarona, Sidi Maârouf - 20190 Casablanca ou par courrier électronique à l'adresse de messagerie : loi0908@wafaimaassistance.com

Chacun de ces traitements a reçu récépissé de la CNDP respectivement sous les numéros A-A-103/2015 en date du 18/03/2015, A-GC-349/2015 en date du 18/12/2015, A-PO-352/2015 en date du 18/12/2015, A-PO-312/2016 en date du 10/03/2017, A-PO-161/2015 en date du 28/07/2015, A-PO-350/2015 en date du 18/12/2015, D-GR-546/2017 en date du 22/03/2018.

L'Assisteur prend toutes les précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations et notamment d'empêcher qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des personnes non autorisées. De manière expresse, l'assuré autorise l'Assisteur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assistance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations.

6.2 Confidentialité

L'Assisteur ayant connaissance et traitant des données à caractère personnel dans le cadre du contrat d'Assistance le liant au Souscripteur Assuré, est tenu de respecter le

secret professionnel même après la cessation de ce contrat, dans les termes prévus par la loi pénale. Ces dispositions n'exemptent pas de l'obligation de fournir des informations, conformément aux dispositions légales applicables aux fichiers en cause ou conformément à la législation de droit commun.

L'Assisteur s'engage à considérer comme « confidentielles », et entrant dans le champ d'application du secret professionnel auquel il est tenu, les informations de toute nature, écrites ou orales, qu'il serait amené à connaître durant l'exécution du contrat. L'obligation de confidentialité de l'Assisteur continuera après expiration du présent contrat, aussi longtemps que les informations susvisées n'auront pas été rendues publiques par le Souscripteur et /ou l'assuré.

L'Assisteur s'engage en particulier :

- à protéger les informations et à prendre toutes mesures raisonnables en vue de la prévention et de la protection contre le vol, les copies ou les reproductions, ou toutes utilisations, divulgations ou disséminations non autorisées ;
- à soumettre à la même obligation de stricte confidentialité toute personne agissant sous son autorité et/ou société tierce impliquée dans l'exécution du présent Contrat ;
- à ne pas publier ni communiquer ces informations à des tiers, sauf autorisation préalable et écrite de l'autre Partie ;
- à ne pas révéler le contenu et les conditions du présent Contrat, à aucun moment, à qui que ce soit, sauf dans la mesure strictement nécessaire à l'exécution du présent Contrat ;
- à ne donner accès à ces informations qu'aux personnes ayant directement à en connaître pour la parfaite exécution du Contrat ;

- à restituer, à l'expiration du Contrat ou sa résiliation pour quelque cause que ce soit, aux personnes qui lui seront désignées et à elles seules, tout document écrit, audiovisuel ou sous quelque autre forme et sur quelque support que ce soit qui lui aurait été communiqué, ou en possession duquel elle aurait pu entrer, et ne pas prendre ou conserver de copies d'un tel document.

Chaque Partie reconnaît que les informations qui lui sont communiquées par l'autre Partie sont et restent la propriété exclusive de celle-ci, et ne peuvent être utilisées que dans le cadre du présent Contrat.

6.3 Protection des données personnelles

L'Assisteur s'engage à apporter des garanties suffisantes au regard des mesures de sécurité technique et d'organisation, relatives aux traitements à effectuer pour le compte du Souscripteur Assuré. Il s'engage à mettre en œuvre et à maintenir dans un niveau de fonctionnement optimum, les outils ou formes organisationnels permettant d'offrir les garanties en matière de secret, de sécurité et de confidentialité pour protéger les données à caractère personnel contre une destruction fortuite ou illicite, une perte fortuite, une altération, une divulgation ou un accès non autorisé, notamment en cas de transmission des données par réseau, et contre toute autre forme illicite de traitement, en assurant un niveau de sécurité adapté à la nature des données à protéger, eu égard au niveau technologique et le coût de mise en œuvre.