

NOTICE D'INFORMATION
CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE
GARANTIES FRAIS DE SANTE
GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES
CENTRE DE GESTION DU MORBIHAN (CDG 56)
CONTRAT N° : CCFS-762-CP

Notice d'information établie en application de l'article L.221-6 du Code de la mutualité

La présente notice d'information prend effet le 1^{er} juillet 2023

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	3
LEXIQUE	3
ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF.....	3
Article 1 - Information précontractuelle – Modification du contrat collectif.....	3
Article 2 - Population assurable.....	3
Article 3 - Conditions et modalités d'adhésion du membre participant au contrat collectif	4
Article 4 - Faculté de renonciation.....	5
Article 5 - Conditions et modalités d'affiliation d'un ayant droit au contrat collectif	5
TERME ET MAINTIEN DES GARANTIES	6
Article 6 - Terme des garanties.....	6
Article 7 - Dispositif de maintien et de renfort des garanties	6
DENONCIATION DE L'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF.....	7
Article 8 - Dénonciation de l'adhésion au contrat collectif.....	7
DISPOSITIONS DIVERSES	8
Article 9 - Fausse déclaration intentionnelle	8
Article 10 - Fausse déclaration non intentionnelle.....	8
Article 11 - Subrogation.....	8
Article 12 - Prescription - Interruption de la prescription	8
Article 13 - Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	8
Article 14 - Réclamations - Médiation	9
Article 15 - Loi applicable - Langue applicable - Monnaie.....	9
Article 16 - Informatique et Libertés	9
Article 17 - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution	9
GARANTIE FRAIS DE SANTE.....	9
Article 18 - Objet des prestations.....	9
Article 19 - Garanties délivrées par la Mutuelle.....	11
Article 20 - Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée.....	13
Article 21 - Frais garantis.....	13
Article 22 - Limitation des prestations	14
Article 23 - Versement des prestations.....	14
Article 24 - Tiers Payant.....	14
Article 25 - Modalités de versement des prestations	14
Article 26 - Prestations induit versées.....	14
Article 27 - Déchéance des droits à prestations	14
MODALITES DE GESTION.....	15
Article 28 - Fixation des cotisations afférentes à la Garantie frais de santé.....	15
Article 29 - Périodicité et modalités de règlement des cotisations.....	15
Article 30 - Non-paiement de la cotisation.....	15
GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES	15
Article 31 - Assistance à domicile.....	15
Article 32 - Action sociale.....	16
Article 33 - Caution solidaire.....	16
Article 34 - Réseau de soins SANTECLAIR.....	16

PREAMBULE

Le contrat collectif conclu entre le Centre de gestion de la fonction publique territoriale du Morbihan (« le Souscripteur ») et Intériale* (« la Mutuelle ») est un contrat collectif à adhésion facultative.

* Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, numéro SIREN 775 685 365, dont le siège social est 32, rue Blanche - 75009 PARIS.

La présente notice a pour objet de définir les conditions et modalités selon lesquelles la Mutuelle assure une couverture des frais de santé, intitulée « Garantie frais de santé », ainsi que des garanties et services complémentaires, au bénéfice des agents des collectivités ou établissements publics ayant adhéré à la convention de participation mise en œuvre par le Souscripteur et de leurs ayants droit.

L'ensemble des garanties et services complémentaires est défini par la présente notice d'information.

LEXIQUE

- L'expression « convention de participation » désigne la convention conclue entre le Souscripteur et la Mutuelle afin de permettre aux collectivités et établissements publics de son ressort de participer au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

- L'expression « contrat collectif » désigne le présent contrat d'assurance, au titre duquel la convention de participation est conclue entre le Souscripteur et la Mutuelle. Il définit les droits et obligations des agents assurés.

- Le terme « Souscripteur » désigne le Centre de gestion de la fonction publique territoriale du Morbihan (« CDG 56 »).

- Le terme « Employeur » ou « Employeurs » désigne les collectivités ou établissements publics ayant qualité pour adhérer au présent contrat collectif d'assurance à adhésion facultative des Employeurs et des assurés.

- Le terme « Membre participant » désigne la personne physique bénéficiant des prestations de la Mutuelle au titre du contrat collectif à adhésion facultative auquel elle a adhéré et en ouvre le droit à ses ayants droit, en application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité.

- L'expression « Garantie frais de santé » désigne la garantie ayant pour objet la couverture de frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, d'analyse ou d'appareillage, les dépenses engagées pour obtenir certaines de ces prestations (frais de séjour, d'hospitalisation ou de transport), ainsi que d'autres frais en relation avec la santé.

- Le « Ticket modérateur » est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du membre participant après le remboursement de l'assurance maladie avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

- Le « Tiers payant » est une disposition particulière prévue à la mise en place du contrat permettant au membre participant et à ses ayants droit de se faire délivrer, sans

avance de frais, des produits pharmaceutiques prescrits par ordonnance et pris en charge par la Sécurité sociale ou de ne pas avancer le ticket modérateur pour les dépenses engagées auprès des laboratoires de biologie, des cabinets de radiologie, des auxiliaires médicaux, des centres de santé et des hôpitaux publics pour les soins externes.

Pour faciliter la lecture de la notice d'information, la Mutuelle invite les membres participants à consulter le glossaire de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM) disponible sur le site internet de la Mutuelle : www.interiale.fr.

Ce glossaire n'a toutefois pas de valeur contractuelle et ne peut être opposable à la Mutuelle par les membres participants.

ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 1 - Information précontractuelle – Modification du contrat collectif

Le Souscripteur remet au membre participant ou futur membre participant, avant son adhésion au présent contrat collectif, un bulletin d'adhésion, les Statuts et le Règlement intérieur de la Mutuelle et, en application de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, une notice établie par la Mutuelle qui définit les garanties prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Cette notice précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le Souscripteur est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle.

Tout membre participant peut, dans le délai d'un mois à compter de la remise de la notice dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

La preuve de la remise de la notice, des Statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe au Souscripteur.

Concernant les garanties souscrites auprès d'autres organismes assureurs, le Souscripteur remet au membre participant une notice établie par l'organisme assureur qui définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Article 2 - Population assurable

a. Les membres participants

Peuvent adhérer au présent contrat collectif dans les conditions définies par celui-ci :

Assurés agents actifs :

Les agents assurés sont les fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé (y compris les apprentis), employés par le Souscripteur, en position d'activité, en détachement ou en congé de mobilité auprès d'un autre employeur public.

Conservent la qualité d'assurés les agents placés dans l'une des situations suivantes :

- Position, situation ou congé de toute nature donnant lieu au maintien total ou partiel d'une rémunération, d'un traitement, d'un salaire, d'un revenu de remplacement ou d'une prestation en espèces versée par l'employeur souscripteur, un organisme de Sécurité sociale ou un organisme d'assurance,
- Congé parental,
- Disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales,
- Congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale,
- Congé de formation professionnelle.

Assurés retraités :

Les assurés retraités sont les anciens agents actifs employés par l'Employeur, titulaires d'une pension de retraite de droit direct du régime général ou d'un régime spécial de retraite.

Les agents ou anciens agents du Souscripteur acquièrent alors la qualité de membre participant de la Mutuelle conformément à l'article L. 221-2 III du Code de la mutualité.

b. Les ayants droit

L'affiliation des ayants droit au contrat collectif est facultative.

Les ayants droit sont les personnes rattachées au membre participant actif ou retraité et bénéficiant de la qualité de conjoint ou d'enfant ou d'ascendant.

Sont ainsi définis :

- Comme conjoint :
 - o La personne légalement mariée non séparée de corps judiciairement,
 - o Ou le partenaire lié au membre participant par un pacte civil de solidarité (PACS) conclu au titre des articles L 515-1 et suivants du code civil,
 - o Ou le concubin du membre participant sous réserve que le concubinage ait été établi de façon notoire et que le domicile fiscal du membre participant et de son concubin soit identique,
- Comme enfants, les enfants du membre participant, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus, à sa charge ou de son conjoint, et qui, au 1^{er} janvier de l'année en cours :
 - o Sont âgés de moins de 18 ans,
 - o De moins de 21 ans en recherche d'emploi et inscrits à Pôle Emploi,
 - o de moins de 26 ans et qui :
 - Poursuivent leurs études, quel que soit l'établissement d'enseignement,
 - Ou sont en formation professionnelle,
 - Ou sont employés dans un centre d'aide par le travail en tant que travailleurs handicapés,
 - o Ou sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du code de l'Action sociale et des familles, à condition que leur état d'invalidité soit reconnu avant l'âge de 21 ans,

- Comme ascendants : à la demande expresse du représentant légal, la personne vivant sous le toit du membre participant et à sa charge, et les ascendants, descendants et collatéraux à condition qu'elle soit inscrite comme ayant-droit au régime obligatoire.

La présentation régulière des pièces justificatives conditionne le maintien de l'affiliation au présent contrat.

Article 3 - Conditions et modalités d'adhésion du membre participant au contrat collectif

a. Formalités d'adhésion au contrat collectif

Pour être recevable par la Mutuelle, la demande d'adhésion des agents du Souscripteur doit obligatoirement comprendre les documents suivants :

- le bulletin d'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative, dûment complété, daté et signé ;
- une copie recto-verso d'un document officiel d'identité en cours de validité comportant une photographie pour le membre participant et l'ensemble des ayants droit : carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour d'étranger ou le cas échéant, livret de famille ou acte de naissance pour les mineurs ;
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), pour le paiement des prestations ;
- selon le choix du Souscripteur, une demande de précompte sur traitement, pour le paiement des cotisations ou, lorsque ce mode de règlement n'est pas possible, un mandat de prélèvement SEPA accompagné d'un RIB ;
- une copie de l'attestation Vitale en cours de validité ;
- le cas échéant, le certificat de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie.

Le membre participant choisit l'un des niveaux prévus au tableau des garanties annexé à la présente notice.

Il peut changer de niveau en cas d'adhésion préalable à un niveau depuis au moins une année.

Le membre participant peut après expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion au contrat, choisir de modifier à la hausse le niveau de la garantie frais de santé dont il bénéficie, sous réserve d'en faire la demande au moins deux (2) mois avant la date d'effet souhaitée.

La modification du niveau de garantie à la hausse prend alors effet le premier jour du deuxième mois suivant la réception de la demande.

Le membre participant peut également choisir de modifier à la baisse le niveau de garantie frais de santé dont il bénéficie, sous réserve d'en faire la demande au moins deux (2) mois avant la date d'échéance de l'adhésion au contrat collectif, soit avant le 30 avril.

La modification du niveau de garantie à la baisse prend alors effet à la date d'échéance de l'adhésion au contrat collectif, soit le 1^{er} juillet.

Afin de maintenir une couverture adaptée aux besoins réels de chaque membre participant et d'assurer un bon équilibre du contrat, le membre participant qui a choisi de modifier à la baisse le niveau de garantie frais de santé dont il bénéficie ne pourra demander une modification de niveau de garantie à la hausse qu'au terme d'un délai de deux (2) ans.

L'adhésion sera notifiée au membre participant par un ou plusieurs courriers qui préciseront :

- la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative,

- la date de prise d'effet des garanties.

La signature du bulletin d'adhésion par le membre participant emporte acceptation des Statuts et du Règlement intérieur de la Mutuelle, des notices d'information ainsi que des droits et obligations définis au présent contrat collectif.

b. Prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif

La date de prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif est le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle.

c. Prise d'effet de la Garantie frais de santé

Sous réserve de la fourniture de tous les documents mentionnés à l'article 3.a ci-dessus, la Garantie frais de santé prend effet :

- soit au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle, et au plus tôt à la date de prise d'effet du présent contrat collectif ;
- soit à une date postérieure si cela a été demandé par le membre participant sur le bulletin d'adhésion ;
- soit le lendemain de la date de résiliation (ou la date de dénonciation de l'adhésion) de l'ancien contrat d'assurance du membre participant, lorsque la Mutuelle a été mandatée par le membre participant dans le cadre de la résiliation infra-annuelle ;
- soit le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie du membre participant, et au plus tôt à la date de prise d'effet du présent contrat, sous réserve que la demande d'affiliation, accompagnée du certificat de radiation, intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie, et si le membre participant était précédemment couvert par une garantie couvrant les frais de santé au moins équivalente.

d. Durée et renouvellement de l'adhésion au contrat collectif

L'adhésion au présent contrat collectif est valable jusqu'au 30 juin à minuit de l'année d'adhésion.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} juillet de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf cessation des garanties dans les conditions prévues par les articles 7.a et 9 de la présente notice d'information.

Article 4 - Faculté de renonciation

A compter de la date de prise d'effet de l'adhésion au présent contrat collectif, le membre participant dispose d'un délai de trente jours calendaires révolus, en ce inclus le délai légal de rétractation en matière de démarchage et le délai légal de rétractation en matière de vente à distance, pour renoncer à son adhésion par lettre, tout support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures.

Si ce délai expire un samedi, un dimanche, un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Exemple de lettre de renonciation :

« Je soussigné(e) ... (nom, prénom) demeurant au ... (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhérent) au contrat collectif à adhésion facultative souscrit auprès de la mutuelle Intériale. (Date et signature de l'adhérent) ».

La lettre de renonciation doit être adressée à l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion à la Mutuelle.

En cas de renonciation dans les conditions exposées ci-dessus, la Mutuelle rembourse au membre participant le montant de la cotisation versée.

Dans l'hypothèse où le membre participant a demandé à la Mutuelle le versement de prestations dans le délai de trente jours visé ci-dessus, le membre participant ne peut plus user de sa faculté de renonciation à l'adhésion au présent contrat.

Article 5 - Conditions et modalités d'affiliation d'un ayant droit au contrat collectif

L'affiliation des ayants droit au contrat collectif est facultative.

a. Formalités d'affiliation au contrat collectif

La demande d'affiliation d'un ayant droit est effectuée :

- sur le bulletin d'affiliation du membre participant lorsqu'elle est concomitante à la demande d'affiliation du membre participant,
- ou sur le formulaire approprié disponible auprès des services de la Mutuelle ou du service Ressources Humaines du Souscripteur, lorsque la demande d'affiliation de l'ayant droit est postérieure à la demande d'affiliation du membre participant.

La demande d'affiliation doit être dûment complétée, datée, signée et accompagnée des justificatifs demandés par la Mutuelle.

L'acceptation de l'affiliation de l'ayant droit au contrat est notifiée au membre participant par un ou plusieurs courriers qui préciseront :

- la date de prise d'effet de l'affiliation de l'ayant droit au contrat collectif,
- la date de prise d'effet des garanties.

Lorsque l'affiliation du membre participant et de l'ayant droit sont concomitantes, l'affiliation de ce dernier est notifiée dans le courrier adressé au membre participant lors de son affiliation au contrat collectif.

b. Prise d'effet de l'affiliation au contrat collectif

La Garantie frais de santé prend effet :

- soit le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'affiliation par la Mutuelle et au plus tôt à la date de prise d'effet du présent contrat collectif,
- soit à une date postérieure si cela a été demandé par le membre participant sur le bulletin d'affiliation,
- soit le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie de l'ayant droit, et au plus tôt à la date de prise d'effet du présent contrat, sous réserve que demande d'affiliation, accompagnée du certificat de radiation, intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie.

En cas de naissance ou adoption, l'affiliation de l'ayant droit prendra effet le jour de la naissance ou de l'adoption, à la condition que la demande d'affiliation intervienne dans le délai de 3 mois à compter de la naissance ou de l'adoption.

A défaut, l'affiliation prendra effet le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'affiliation par la Mutuelle.

c. Durée et renouvellement de l'affiliation au contrat collectif

L'affiliation de l'ayant droit au contrat collectif est valable jusqu'au 30 juin à minuit de l'année d'affiliation.

L'affiliation se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} juillet de chaque année, quelle que soit la date d'affiliation initiale, sauf en cas de cessation des garanties dans les conditions prévues à l'article 7 de la présente notice d'information.

TERME ET MAINTIEN DES GARANTIES

Article 6 - Terme des garanties

a. Pour le membre participant et ses ayants droit

Les garanties cessent de produire leur effet :

- A la date à laquelle le membre participant cesse de bénéficier de la qualité d'agent, sauf dans le cas où celui-ci atteint l'âge minimum de départ en retraite,
- A la date à laquelle le membre participant n'est plus dans l'effectif de l'employeur, sauf dans le cas où celui-ci atteint l'âge minimum de départ en retraite,
- En cas de non-paiement de la cotisation par le membre participant,
- A la date d'effet de la résiliation ou de la renonciation de l'adhésion par le membre participant,
- A la date d'effet de la résiliation du contrat par le Souscripteur.

Dans tous les cas, le terme des garanties prévues par le présent contrat collectif entraîne automatiquement la cessation immédiate des droits en découlant pour les membres participants et leurs ayants droit affiliés audit contrat.

b. Pour les seuls ayants droit

Le membre participant peut mettre fin à l'affiliation de son (ses) ayant(s) droit au présent contrat par l'envoi d'une lettre recommandée adressée à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle du contrat, soit avant le 30 avril de chaque année.

Les garanties cessent pour le (les) ayant(s) droit du membre participant au 30 juin à minuit suivant la date de réception de la demande de radiation par la Mutuelle.

Toutefois, dans les cas limitatifs suivants, si le membre participant fournit un justificatif à l'appui de sa demande à la Mutuelle, la résiliation prend effet le premier jour du mois suivant la demande :

- adhésion, à titre individuel, en qualité de membre participant à la Mutuelle Intériale,
- affiliation à un régime de protection sociale obligatoire couvrant les risques garantis par la Mutuelle,
- changement de situation matrimoniale.

Dans tous les cas, la Garantie frais de santé cesse pour les ayants droit le premier jour du mois qui suit la date à laquelle ils perdent la qualité d'ayants droit du membre participant, telle que définie à l'article 2.b de la présente notice.

En tout état de cause, la cotisation est due jusqu'à la date de radiation effective de l'ayant droit.

Article 7 - Dispositif de maintien et de renfort des garanties

8.1. Maintien des garanties en cas d'indemnisation par le régime d'assurance chômage

En fonction du statut des membres participants, ceux-ci et leurs ayants droit bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

- Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois,
- Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez l'Employeur,
- Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur chez l'Employeur,
- Le membre participant justifie auprès de la Mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions de sa situation,
- L'Employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe la Mutuelle de la cessation du contrat de travail mentionnée en amont.

8.2. Maintien des garanties en cas de changement d'employeur (portabilité)

Cas de l'article L 5111-7 du code général des collectivités locales. Si les membres participants changent d'employeur en application d'une réorganisation, le nouvel employeur est substitué de plein droit à l'ancien pour la convention de participation et le présent contrat collectif d'assurance conclus par ce dernier avec la Mutuelle. La convention et le contrat sont exécutés dans les conditions antérieures jusqu'à leur échéance, sauf accord contraire entre le nouvel employeur, l'ancien employeur et la Mutuelle. Ceux-ci peuvent convenir d'une échéance de la convention du contrat, antérieures à celles stipulées, dans le but d'harmoniser le régime des participations applicables aux agents. La Mutuelle est informée de la substitution de personne morale par le nouvel employeur. La substitution de personne morale à la convention et au contrat n'entraîne aucun droit à résiliation ou à indemnisation pour la Mutuelle.

Autre cas. En cas de départ du membre participant de l'effectif du Souscripteur, pour une cause autre qu'un départ en retraite pour lequel les garanties restent acquises, la Mutuelle ne peut refuser de maintenir les garanties au membre participant qui en fait la demande, et sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration. Le maintien des garanties par la Mutuelle s'effectue sans réduction de celles-ci, ni révision des taux de cotisation. La demande de maintien des garanties doit être formulée par lettre recommandée avec

accusé de réception, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de départ du membre participant.

8.3. Maintien des garanties en cas de suspension de l'activité ou du contrat de travail

Cas 1 : maintien obligatoire des garanties. Cas des suspensions rémunérées ou indemnisées.

Le bénéfice des garanties du présent contrat est maintenu au profit des membres participants, et de leurs ayants droit, dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- *d'un maintien, total ou partiel, de salaire,*
- *d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le Souscripteur, versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,*
- *d'un revenu de remplacement versé par le Souscripteur.* Ce cas concerne notamment les membres participants placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi qu'en période de congé rémunéré par le Souscripteur (reclassement, mobilité...).

Dans ce cas, le Souscripteur et le membre participant continuent de s'acquitter du versement de la part de cotisation qui leur incombe pendant toute la durée de la suspension de l'activité ou du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Cette cotisation est calculée sur la base de la rémunération ou de l'indemnisation soumise aux cotisations de Sécurité sociale.

Cas 2 : maintien facultatif des garanties. Cas des suspensions non rémunérées ou non indemnisées.

Les membres participants dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire, ni de perception d'indemnités journalières (par exemple les membres participants en congé sans solde, congé de présence parentale, congé de proche aidant, congé de solidarité familiale, congé parental, congé sabbatique...) continuent de bénéficier des garanties d'assurance, sous réserve de s'acquitter, pendant toute la durée de la suspension de l'activité ou du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée, de l'intégralité de la cotisation due (part Souscripteur et part membre participant) calculée sur la base du salaire des 12 derniers mois civils précédant cette suspension.

8.4. Maintien des garanties selon les situations des membres participants

Les garanties sont maintenues, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

- Des personnes bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée.
- Des personnes garanties du chef du membre participant décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès auprès de la Mutuelle. La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

8.4. Maintien des prestations en cas de résiliation du contrat ou de l'adhésion

Par application de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des

prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement. L'engagement doit être couvert à tout moment par des provisions représentées par des actifs équivalents de la Mutuelle.

DENONCIATION DE L'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 8 - Dénonciation de l'adhésion au contrat collectif

a. Résiliation annuelle

Conformément à l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans, au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat, soit avant le 30 avril de chaque année.

Pour résilier, le membre participant envoie une notification de résiliation à la Mutuelle selon son choix soit par :

- **lettre ou tout autre support durable ;**
- **demande écrite faite au centre de gestion ou au siège social de la Mutuelle ;**
- **acte extrajudiciaire ;**
- **le même mode de communication à distance que celui proposé par la Mutuelle pour l'adhésion du membre participant.**

L'adhésion du membre participant prend fin à la date d'échéance du contrat, soit le 30 juin à minuit suivant la date de réception par la Mutuelle de la notification.

b. Résiliation infra-annuelle

Conformément à l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité, le membre participant peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, dénoncer son adhésion au présent contrat, sans frais ni pénalités.

Pour dénoncer son adhésion, le membre participant envoie une notification de résiliation à la Mutuelle selon les mêmes modalités que celles fixées au a. du présent article.

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

La dénonciation de l'adhésion prend alors effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

À défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal. Dans le cas où le membre participant souhaite résilier le présent contrat pour souscrire un nouveau contrat frais de santé auprès d'un nouvel organisme assureur, celui-ci peut effectuer pour le compte du membre participant souhaitant le rejoindre, les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues ci-dessus.

c. En cas de modification des droits et obligations

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le Souscripteur est tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle.

Tout membre participant peut, dans le délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

La preuve de la remise de la notice au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe au Souscripteur.

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 9 - Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 10 - Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L. 221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion au contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion au contrat collectif prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 11 - Subrogation

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L. 224-8 du même Code (notamment les opérations relatives au remboursement de frais de soins), la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des

membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice.

En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Article 12 - Prescription - Interruption de la prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations de la Mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (à savoir, la reconnaissance par une partie des droits de l'autre partie, la demande en justice, même en référé, ou un acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 13 - Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses membres participants et leurs ayants droit éventuels.

Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux membres participants certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement de leurs cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

Article 14 - Réclamations - Médiation

Dans l'hypothèse d'une insatisfaction ou d'une difficulté avec la Mutuelle, l'intéressé peut avoir recours :

- dans un premier temps à la procédure « Réclamations » ;
- dans un deuxième temps, si la procédure « Réclamations » ne lui a pas donné satisfaction, à la procédure « Médiation ».

a. Réclamations

Tout mécontentement d'un membre participant, d'un ayant droit, d'un bénéficiaire, du Souscripteur ou de toute autre personne peut être soumis à la Mutuelle.

Cette réclamation peut être adressée par voie postale, à l'adresse suivante :

Service relations adhérents INTÉRIALE
CS 50005
59040 Lille cedex

Une réponse sera apportée au plus tard dans les deux mois à compter de l'envoi de la demande.

Si à l'expiration d'un délai de 45 jours, le réclamant n'a pas reçu de réponse, il peut saisir directement la Direction Générale de la Mutuelle à l'adresse suivante :

Direction Générale de la mutuelle INTÉRIALE,
32 Rue Blanche, 75009 Paris.

Celle-ci s'engage à apporter une réponse dans un délai de 15 jours à compter de sa saisine.

b. Médiation

Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, et ce quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu :

- soit en ligne par internet sur le site dédié www.mediateur-mutualite.fr ;

- soit par voie postale à l'attention de : Madame ou Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu au maximum dans les trois mois après transmission du dossier complet au Médiateur.

Si le réclamant n'est pas satisfait de l'avis rendu, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

Article 15 - Loi applicable - Langue applicable - Monnaie

Les relations contractuelles établies entre les membres participants et la Mutuelle sont régies par la loi française.

La langue française est la langue applicable au contrat qui, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toute autre langue.

Le règlement des prestations et le paiement des cotisations sont effectués en euros.

Article 16 - Informatique et Libertés

Les informations recueillies par la mutuelle font l'objet d'un traitement informatique et ne seront utilisées que pour les

seules nécessités de la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat. La mutuelle sera également susceptible de les utiliser (I) dans le cadre de contentieux, (II) pour la lutte contre la fraude, (III) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (IV) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (V) pour l'analyse de tout ou partie des données concernant le membre participant ou ses ayants droit collectées afin d'améliorer ses produits (recherche et développement), évaluer la situation du membre participant ou de ses ayants droit ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser le parcours en tant qu'adhérent ou (VI) pour proposer au membre participant ou à ses ayants droit de nouveaux produits ou nouvelles garanties. Les bases légales des traitements mentionnés sont l'exécution du contrat, l'intérêt légitime (I, II, V et VI) et le respect des obligations légales (III, IV).

Les données relatives à la santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Les données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL ou la loi.

Elles seront communiquées aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, administrations, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Les données relatives à la santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités à traiter des données de santé.

La Mutuelle est légalement tenue de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Elle pourra ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenée à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et exprimez pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez nous écrire pour exercer vos droits par email (dpo@interiale.fr) ou par courrier (INTERIALE – DPO – 32 RUE BLANCHE - 75009 PARIS). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez <https://www.interiale.fr/donnees-personnelles>

Article 17 - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la Mutuelle.

GARANTIE FRAIS DE SANTE

CHAPITRE I - LES PRESTATIONS AFFERENTES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

Article 18 - Objet des prestations

Le présent contrat a pour objet le service de prestations à l'occasion de frais médicaux ou d'hospitalisation exposés par les Bénéficiaires, en complément des remboursements préalables de l'assurance maladie ou maternité, sous réserve des exclusions et du respect des dispositions des contrats solidaires et responsable.

Dérogent à ce principe de participation préalable de l'Assurance maladie, divers soins, actes, appareillages et fournitures qui justifient d'un remboursement de la Mutuelle en raison de leur nécessité ou de leur apport reconnu à la protection de la santé.

Le montant des prestations servies par la Mutuelle ne peut excéder les frais réellement engagés par les Bénéficiaires, sous déduction des remboursements versés par l'Assurance maladie et tout autre organisme complémentaire.

Les garanties sont exprimées en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie.

En fonction de l'option choisie par le membre participant, les prestations de la Mutuelle sont déterminées selon diverses références, c'est-à-dire soit sous la forme d'un pourcentage du tarif de base servant au calcul de remboursement de l'Assurance maladie, soit sous la forme de forfait annuel, en complément ou non du remboursement de la Mutuelle et de l'Assurance maladie.

Les remboursements de la Mutuelle s'inscrivent dans le respect du parcours de soins. En tout état de cause, la majoration de participation imposée par l'Assurance maladie pour des actes hors parcours de soins reste à la charge du membre participant selon les dispositions prévues par la réglementation. Les honoraires facturés par un médecin non conventionné sont remboursés par la Mutuelle sur la base du tarif de responsabilité du médecin généraliste conventionné, applicable au jour de l'acte, et non sur le tarif d'autorité de l'Assurance maladie.

Les garanties accordées par la Mutuelle sont :

Les frais liés à une hospitalisation :

Chambre particulière. Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle. Les frais sont pris en charge par la Mutuelle selon un forfait journalier et une limite de durée indiqués dans le tableau des garanties.

Forfait journalier. Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Le forfait journalier est accordé par la Mutuelle sans limitation de durée, et quel que soit l'établissement à l'origine de la facturation.

Frais de séjour. Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas....

Frais d'accompagnement. Frais correspondant aux facilités (lit, repas...) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation. La Mutuelle intervient pour l'accompagnement d'un enfant hospitalisé en qualité d'ayant droit, au premier jour de son hospitalisation. Ces frais sont pris en charge par la Mutuelle selon un forfait journalier et une limite de durée indiqués dans le tableau des garanties.

Soins thermaux. Frais de soins avec hospitalisation, frais d'honoraires médicaux, frais d'hydrothérapie et frais d'hébergement et de transport, sur prescription pour traiter certaines affections. Ces frais sont pris en charge par la Mutuelle selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Les frais liés à des soins ou l'achat de biens médicaux :

Consultations. Honoraires pour examen d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste. Ces frais et honoraires sont pris en charge par la Mutuelle selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

Participation forfaitaire de 24 €. Frais à la charge du membre participant qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60. Cette participation forfaitaire est prise en charge par la Mutuelle.

Actes techniques médicaux et autres actes. Actes techniques médicaux, actes de chirurgie, d'obstétrique, d'anesthésie, d'imagerie médicale - radiologie, d'échographie, frais d'anatomo-cyto-pathologie, et ensemble des autres actes.

Auxiliaires médicaux. Frais et honoraires des professionnels paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues...) dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire. Ces frais et honoraires sont pris en charge par la Mutuelle selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

Médicaments. Les médicaments disponibles en pharmacie sont classés en différentes catégories correspondant à des niveaux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

- Les médicaments sont remboursés par la Mutuelle dans la limite des taux indiqués dans le tableau des garanties,
- Les vaccins sont des médicaments injectables qui jouent un rôle dans la prévention et la protection contre de nombreuses maladies infectieuses. Les frais d'achat des vaccins sont pris en charge par la Mutuelle selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

Médecine douce. Il s'agit de l'acupuncture, la chiropractie, l'étiopathie, la mésothérapie, la micro-kinésithérapie, l'ostéopathie, la réflexologie, la diététique, l'homéopathie et recours aux psychologues. Les honoraires sont pris en charge par la Mutuelle selon les forfaits indiqués dans le tableau des garanties, et selon l'option choisie par le membre participant. Les forfaits sont accordés pour une année civile pour un nombre de séances défini à l'option souscrite par le membre participant. Il est versé sur présentation d'une facture acquittée qui précise le nom et le prénom du bénéficiaire et la date de la séance.

Appareillage. Prix des biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Les frais d'achat sont pris en charge par la Mutuelle selon les taux de remboursement, éventuellement complétés d'un forfait, indiqués dans le tableau des garanties, et selon l'option choisie par le membre participant. La Mutuelle intervient, pour ces biens inscrits sur la LPP, selon la nomenclature de l'Assurance maladie et pour :

- Les produits pour traitement, aides à la vie, aliments et pansements (Titre 1),
- Les orthèses et prothèses externes (Titre 2),
- Les implants et greffons tissulaires d'origine humains (Titre 3),
- Les véhicules pour handicapés physiques (Titre 4).

Biologie médicale - analyses et examens de laboratoires. Frais des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. Ces frais sont pris en charge par la Mutuelle selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

Les frais de soins et de prothèses dentaires :

Soins dentaires. Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des

consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels. Ces honoraires sont pris en charge par la Mutuelle selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties.

Orthodontie. Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes qui vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires, grâce à des appareils dentaires. Les honoraires et frais sont pris en charge par la Mutuelle selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Parodontologie. Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os...). Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes. Le honoraires et frais sont pris en charge par la Mutuelle selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Prothèses dentaires. Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue artificiellement la partie visible de la dent pour la protéger. Une couronne qui porte sur plusieurs dents est appelé un « bridge »,
- Les prothèses amovibles qui sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.
- Les inlays et onlays. Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Les honoraires et frais sont pris en charge par la Mutuelle selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Les honoraires et frais sont pris en charge par la Mutuelle selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Implantologie. Technique visant à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est fixée une prothèse. Les honoraires et frais sont pris en charge par la Mutuelle selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Les frais d'optique :

Lunettes. Les lunettes sont composées d'une monture et de verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie et aphakie). Le prix des verres varie selon le type de correction (verres uni-focaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et le traitement appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...). Les frais sont pris en charge par la Mutuelle selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Lentilles. Verres correcteurs posés sur la cornée. Les frais sont pris en charge par la Mutuelle selon les forfaits indiqués dans le tableau des garanties, et selon l'option choisie par le membre participant. Les honoraires et frais sont pris en charge par la Mutuelle selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Chirurgie réfractive. Frais de remboursement des différentes techniques chirurgicales (notamment opération de la myopie au laser), qui permettent de corriger les défauts visuels. Les honoraires et frais sont pris en charge par la Mutuelle selon les taux de remboursement indiqués dans le tableau des garanties, éventuellement complétés d'un forfait.

Le tableau des prestations figure en Annexe 1 de la présente notice d'information.

Article 19 - Garanties délivrées par la Mutuelle

19.1. Contrat solidaire

Le membre participant peut adhérer à tout âge. Aucune information médicale ne peut être recueillie par la Mutuelle. Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé, de la nature de l'emploi, et du sexe du membre participant.

19.2. Principes de solidarité applicables aux garanties complémentaires

Par application des articles 27 à 29 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, les principes de solidarité sont applicables aux garanties du présent contrat.

19.3. Contrat responsable

Les garanties respectent les dispositions relatives au contrat responsable défini à l'article L 871-1 du code de la sécurité sociale. A ce titre :

- Les garanties comprennent la **prise en charge des consultations et des prestations prévues par l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale**, c'est-à-dire :
 - De l'intégralité de la **participation des assurés** définie à l'article R. 160-5 du code de la Sécurité sociale. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;
 - Des **dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité,
 - Des **dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale** à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :
 - à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, la prestation d'appariement pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article.
 - dans le respect des limites ci-dessous, si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement prévoit une couverture des frais exposés par l'assuré en sus de la participation mentionnée au 1° pour l'acquisition d'équipements composés de verres et montures appartenant à une

classe prévue à l'article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée :

- a. Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants :
 - par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
 - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;
 - b. Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
 - c. Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :
 - par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
 - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
 - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -8,00 et + 8,00 dioptries ;
 - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
 - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;
 - d. Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;
 - e. Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;
 - f. Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :
 - a. par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ;
 - b. par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - c. par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - d. par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.
- Lorsque l'équipement est composé de verres différents appartenant à une même catégorie a), c) ou f) définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l'assuré pour l'équipement sont ceux afférents à cette catégorie.
 - Lorsque l'équipement est composé de verres appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée et d'une monture appartenant à une classe à prise en charge renforcée, les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus s'appliquent à la prise en charge des frais exposés par l'assuré pour l'équipement.
 - Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture est limitée à 100 euros.
 - Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation des assurés mentionnée au 1° pour l'acquisition de l'équipement.
 - Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.
- Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'**aides auditives** dans les conditions suivantes :

- A hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;
 - Au minimum à hauteur de la participation mentionnée au 1° et au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.
 - Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L. 165-1.
- Des **frais de soins dentaires prothétiques** exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L 162-9 du code de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L 162-14-2 du code de la Sécurité sociale pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques,
- Du **forfait journalier** des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée.
- De l'intégralité de la participation de l'Assuré au sens du I de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaire au regard d'objectifs de santé publique, et proposées par la Mutuelle. Ces **prestations de prévention**, définies par l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code, sont :
- Le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire,
 - Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12),
 - Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans,
 - Le dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351),
 - Le dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale (CDQP010), audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015), audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011), audiométrie tonale et vocale (CDQP012), audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
 - L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire. Sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la Sécurité sociale, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : diphtérie, tétanos et poliomyélite à tous âges, coqueluche avant 14 ans, hépatite B avant 14 ans, BCG avant 6 ans, rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.
- Les **garanties ne couvrent pas** :
 - La **participation forfaitaire** mentionnée au II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale,
 - La **franchise annuelle** mentionnée au III de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale,
 - La prise en charge de la **majoration de participation** prévue à l'article L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale,
 - La prise en charge des **dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques** pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
 - Les **frais de gestion du contrat sont obligatoirement communiqués par la Mutuelle**, de manière lisible, dans le rapport adressé annuellement au Souscripteur en application de l'article 3 du décret n°90-769 du 30 août 1990.
- 19.4. Contrat à couverture minimale obligatoire
- Les garanties respectent les dispositions relatives à la couverture minimale précisée à l'article L 911-7 du code de la sécurité sociale. A ce titre, le contrat prend en charge, sur la base de l'article D 911-1 du code de la Sécurité sociale :
- La participation de l'Assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations des organismes de Sécurité sociale, prévue au I de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale,
 - Le forfait journalier de l'article L 174-4 du code de la Sécurité sociale,
 - Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement.
- Article 20 - Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée**
- Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée suivants :
- OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée)
 - OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique)
- Article 21 - Frais garantis**
- Optique**
- Sous réserve des dérogations listées ci-dessous, les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en

charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ;
- par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ;
- par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La justification d'une évolution de la vue se fonde :

- soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ;
- soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale.

La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par la Mutuelle.

Article 22 - Limitation des prestations

Les frais de soins occasionnés par une maladie, une maternité, ou un accident engagés hors de France et hors départements d'Outre-Mer ne donnent pas lieu à remboursement.

Si l'Assurance Maladie Obligatoire prend en charge les frais engagés hors de France et hors départements d'Outre-Mer, ceux-ci seront pris en charge par la Mutuelle sur la base de remboursement utilisée par l'Assurance Maladie Obligatoire et selon les garanties prévues au contrat.

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant et de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale.

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 peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'entre eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge du membre participant et de ses ayants droit, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

Article 23 - Versement des prestations

En principe, les prestations sont versées directement au membre participant.

Toutefois, sur demande expresse du membre participant, le conjoint, concubin ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité ayant la qualité d'ayant droit peut percevoir directement les prestations pour lui-même et/ou pour les enfants, ayants droit, dont il a la garde.

De la même façon, tous les ayants droit de plus de 16 ans sont autorisés à percevoir à titre personnel les prestations de la Mutuelle.

Article 24 - Tiers Payant

En principe, les prestations sont réglées aux membres participants après acquittement par eux des dépenses engagées.

Mais pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle a signé directement ou indirectement, des conventions de tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé.

Dans ce cas, le membre participant n'a pas à faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par la Mutuelle pour les soins qu'ils ont dispensés ou les produits qu'ils ont délivrés au membre participant ou à ses ayants droit.

Toutefois, si après avoir payé le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les garanties étaient suspendues ou résiliées, le membre participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

Article 25 - Modalités de versement des prestations

Pour obtenir le règlement des prestations, et à défaut d'application de la télétransmission informatique des prestations santé, le membre participant doit faire parvenir à la Mutuelle les justificatifs suivants :

- le décompte original ou, à défaut sa copie ou son image électronique, des prestations du régime obligatoire,
- les originaux des factures des établissements hospitaliers, notes d'honoraires des chirurgiens,
- les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles,
- les factures optiques acquittées,
- les factures dentaires acquittées.

Les prestations frais de santé sont versées dans un délai de 5 jours ouvrés à compter de la réception par la Mutuelle de l'ensemble des justificatifs nécessaires.

Article 26 - Prestations indument versées

En cas de prestations versées indument à un membre participant ou à un ayant droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte d'adhérent par un membre participant postérieurement à la suspension de ses garanties ou à sa radiation entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer au membre participant le remboursement de toutes prestations indues, et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre le bénéficiaire à ce remboursement.

Article 27 - Déchéance des droits à prestations

Le membre participant qui, volontairement, utilise des documents inexacts comme justificatifs, use de

moyens frauduleux ou fait sciemment des déclarations inexactes ou réticentes à l'occasion d'une demande de versement de prestations est sanctionné par la perte de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause.

CHAPITRE II – GESTION DU REGLEMENT DES SINISTRES

Pour toute demande de prestations, la Mutuelle assure la réception des demandes individuelles de paiement des prestations.

Toutes les demandes d'indemnisation doivent être adressées à l'adresse suivante :

Service relations adhérents INTÉRIALE
CS 50005
59040 Lille cedex

Toute demande de prestations doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle le membre participant peut prétendre au paiement de prestations au titre de la Garantie frais de santé.

MODALITES DE GESTION

CHAPITRE I - LES COTISATIONS AFFERENTES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

Article 28 - Fixation des cotisations afférentes à la Garantie frais de santé

Les niveaux de la Garantie frais de santé comportent chacun des cotisations qui leur sont propres.

L'ayant droit bénéficie de la tarification de sa propre tranche d'âge.

Le montant des cotisations figure à l'annexe 2 de la présente notice d'information.

Le montant des cotisations inclut les taxes en vigueur au jour de la prise d'effet du présent contrat collectif.

Les cotisations afférentes à la garantie frais de santé du présent contrat ne sont pas fixées :

- en fonction de l'état de santé du membre participant, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin,
- en fonction de la nature de l'emploi ou du cadre d'emploi du membre participant,
- en fonction du sexe et de l'âge du membre participant.

Les cotisations sont exprimées en montants en euros.

Article 29 - Périodicité et modalités de règlement des cotisations

Les garanties sont consenties moyennant le paiement mensuel des cotisations, à terme échu, à la Mutuelle.

Les cotisations sont prélevées mensuellement à terme échu sur la paie des membres participants par l'Employeur selon la procédure du précompte, puis reversées le mois suivant à la Mutuelle.

Lorsque ce mode de règlement n'est pas possible, la cotisation est acquittée par prélèvement mensuel effectué

sur le compte bancaire du membre participant. Tout mois commencé est dû.

Article 30 - Non-paiement de la cotisation

a. Cotisation précomptée par l'Employeur

Conformément à l'article L. 221-8-I du Code de la mutualité, lorsque l'Employeur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du Souscripteur.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'Employeur, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'Employeur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'Employeur pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent article.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Si le retard de paiement est imputable aux seules procédures administratives de paiement et de mandatement des cotisations, la Mutuelle s'engage à ne pas appliquer la procédure décrite ci-dessus.

b. Cotisation non précomptée par le Souscripteur

Conformément à l'article L.221-8-II du Code de la mutualité, lorsque l'Employeur n'assure pas le précompte de la cotisation, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies par le présent contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le membre participant.

GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES

Article 31 - Assistance à domicile

La Mutuelle a souscrit au profit des membres participants et des membres de leur famille, un contrat d'assistance auprès d'IMA ASSURANCES*, ayant pour objet de garantir, dans les conditions prévues par la notice d'information établie par IMA Assurances, différentes prestations d'assistance à domicile.

*IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue

de Paris – CS 40000 – 79033 NIORT Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 4, Place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Sont obligatoirement couverts par ce contrat tous les membres participants assurés au titre du présent contrat collectif.

Le montant de la cotisation afférente à l'Assistance à domicile est inclus dans le montant de la cotisation de la Garantie frais de santé.

La notice d'information du contrat est reproduite en annexe 3 de la présente notice d'information.

Article 32 - Action sociale

La Mutuelle met en œuvre au bénéfice de ses membres participants une action sociale consistant notamment en la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou en situation de handicap.

La Mutuelle peut accorder des allocations ou aides diverses au titre de son action sociale.

Les aides au titre de l'action sociale sont accordées en considération de la situation personnelle du demandeur, membre participant ou ayants droit du membre participant. Ces aides ou allocations ont un caractère annuel, non rétroactif et non définitif.

L'assemblée générale, sur proposition du conseil d'administration, détermine chaque année le montant global de l'enveloppe qui peut être accordée au titre des aides, allocations ou services aux membres participants et leurs ayants droit.

La notice d'information de l'Action Sociale est reproduite en annexe 4 de la présente notice d'information.

Article 33 - Caution solidaire

Dans le cadre de son action en faveur du logement, la Mutuelle fait bénéficier ses adhérents d'un service de cautionnement de prêts immobiliers.

Le partenaire de la Mutuelle propose une caution en garantie des prêts immobiliers afin de faciliter l'accès à la propriété.

Cette garantie évite les frais d'hypothèque.

De plus les adhérents peuvent bénéficier dans ce cadre d'un taux d'assurance décès, incapacité, invalidité et chômage parmi les plus bas du marché.

Article 34 - Réseau de soins SANTECLAIR

La Mutuelle fait bénéficier ses membres participants et leurs ayants droit du Réseau de Soins Santéclair en vue :

- de fournir des informations et conseils (soins et traitements) ;

- d'analyser les devis et aider à leur négociation (prothèses dentaires, implantologie, parodontie, orthodontie, lunettes, lentilles, chirurgie réfractive, audioprothèses, honoraires chirurgicaux) ;

- de leur permettre d'accéder à 6 réseaux de soins permettant de bénéficier de tarifs négociés (opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes, implantologues, diététiciennes, ostéopathes) ;

- de mettre à disposition des services web (voire mobiles) : géolocalisation des partenaires de santé des réseaux Santéclair, aide à l'automédication, aide à la prévention et au dépistage, aide au choix de son lieu d'hospitalisation, aide au sevrage tabagique, programme de rééducation alimentaire, devis dentaire.

Le montant de la cotisation afférente au Réseau de Soins est inclus dans le montant de la cotisation de la Garantie frais de santé.

Les prestations du Réseau de Soins sont ouvertes en France Métropolitaine et dans les départements d'Outre-mer (à l'exception de la Réunion).





La notice d'utilisation du Réseau de Soins Santéclair est reproduite en annexe 5 de la présente notice d'information.



Annexe 1 – Prestations

CDG MORBIHAN

- Formules solidaires et responsables, conformes à la réforme 100 % Santé.
- Les remboursements sont exprimés soit en pourcentage, soit en euros.
- Les remboursements exprimés en pourcentage sont fonction du tarif de base de remboursement de la Sécurité sociale.
- La mutuelle prend en charge au minimum le ticket modérateur pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale selon les dispositions du décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.
- Dans tous les cas, le montant des remboursements de la mutuelle ne peut être supérieur au montant restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit.
- Les taux de remboursement de la Sécurité sociale repris dans le tableau de prestations ci-dessous ont une valeur indicative et sont donnés pour information.
- Les niveaux de remboursement sont exprimés sous déduction de la Sécurité sociale.

	Taux de remboursement Sécurité sociale (1)	Rembourse ment Sécurité sociale + Niveau 1	Rembourse ment Sécurité sociale + Niveau 2	Rembourse ment Sécurité sociale + Niveau 3
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations visites généralistes OPTAM(CO)	70 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Consultations visites généralistes non OPTAM(CO)	70 % BR	105 % BR	130 % BR	180 % BR
Consultations visites spécialistes OPTAM(CO)	70 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Consultations visites spécialistes non OPTAM(CO)	70 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux OPTAM(CO)	70 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Actes techniques médicaux non OPTAM(CO)	70 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Consultations de psychologues conventionnés, remboursées par la Sécurité sociale	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes	60 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Analyses médicales et examens de laboratoire OPTAM(CO) et non OPTAM(CO)	60 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Actes d'imagerie médicale et échographie OPTAM(CO)	70 % BR	100 % BR	125 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale et échographie non OPTAM(CO)	70 % BR	100 % BR	105 % BR	180 % BR
Médicaments				
Médicaments remboursés à 65 %	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 30 %	30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 15 %	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel Médical				
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Forfait complémentaire par an et par bénéficiaire : Orthopédie Prothèses (capillaires, mammaires, oculaires) Grand appareillage	65 % BR	Forfait 200 € / an Forfait 200 € / an Forfait 200 € / an	Forfait 300 € / an Forfait 300 € / an Forfait 300 € / an	Forfait 400 € / an Forfait 400 € / an Forfait 400 € / an
OPTIQUE				
 Equipements "100 % Santé" (*) Monture et verres Prestations d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	60 % BR	Remboursement intégral 16 ans et plus : 1 équipement / 2 ans (2) (3) Moins de 16 ans : 1 équipement / an (2) (3)		
<u>Equipements à tarifs libres</u> forfait tous les 2 ans.		Tarifs négociés dans le réseau		
Equipement de classe B, limité à 100€ pour la monture				
Monture + 2 verres simples	60 % BR	Forfait 150 €	Forfait 250 €	Forfait 300 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe	60 % BR	Forfait 225 €	Forfait 375 €	Forfait 450 €
Monture + 2 verres complexes	60 % BR	Forfait 300 €	Forfait 500 €	Forfait 600 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe	60 % BR	Forfait 225 €	Forfait 375 €	Forfait 450 €
Monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe	60 % BR	Forfait 300 €	Forfait 500 €	Forfait 600 €
Monture + 2 verres très complexes	60 % BR	Forfait 300 €	Forfait 500 €	Forfait 600 €
Suppléments optiques	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prestation d'adaptation	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel pour amblyopie	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale Cumulable avec le forfait lunettes	60 % BR	100 % BR + Forfait 150 € / an	100 % BR + Forfait 200 € / an	100 % BR + Forfait 250 € / an
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale Non cumulable avec le forfait lunettes		Forfait 150 € / an	Forfait 150 € / an	Forfait 200 € / an
Chirurgie réfractive	Néant	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil
DENTAIRE				
 Soins et prothèses «100 % Santé" (*)	70 % BR	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
<u>Soins et prothèses à tarifs maîtrisés ou libres (*)</u>		Tarifs négociés dans le réseau		
Soins dentaires	70 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Soins à tarifs maîtrisés				
Prothèses dentaires (y compris Inlays-Onlays)	70 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
Prothèses à tarifs libres				
Prothèses dentaires (y compris Inlays-Onlays)	70 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR
Autres soins				
Prothèses dentaires (par prothèse), limité à 3 prothèses par an	Néant	200 € / prothèse	300 € / prothèse	400 € / prothèse
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR

Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	Néant	Forfait 200 € / an	Forfait 300 € / an	Forfait 400 € / an
Parodontologie	Néant	Forfait 100 € / an	Forfait 250 € / an	Forfait 350 € / an
Implants dentaires limité à 3 implants par an et par bénéficiaire	Néant	Forfait de 100 € / implant	Forfait de 300 € / implant	Forfait de 500 € / implant
AIDES AUDITIVES				
 Aides auditives "100 % Santé" (*)	60 % BR	Remboursement intégral 1 aide auditive / oreille / 4 ans (4)		
Aides auditives à tarifs libres (5)	 MON REPÈRE SANTÉ	Tarifs négociés dans le réseau		
Aide auditive assuré de moins de 20 ans limité à 1 700 €. 1 aide auditive / oreille / 4 ans (4)	60 % BR	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Aide auditive assuré de plus de 20 ans limité à 1 700 €. 1 aide auditive / oreille / 4 ans (4)	60 % BR	1 000 €	1 250 €	1 500 €
Accessoires (dont piles)	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION (6)				
Honoraires				
Honoraires médicaux et chirurgicaux OPTAM (CO)	80 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux non OPTAM (CO)	80 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Actes de spécialités OPTAM(CO)	70 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Actes de spécialités non OPTAM(CO)	70 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier, durée illimitée, y compris en psychiatrie	Néant	Prise en charge intégrale		
Forfait patient urgences	Néant	Prise en charge intégrale		
Forfait actes lourds	Néant	Prise en charge intégrale		
Frais de séjour, durée illimitée	80 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière, court séjour MCO	Néant	50 € par jour	65 € par jour	80 € par jour
Chambre particulière, soins de suite et réadaptation	Néant	50 € par jour	65 € par jour	80 € par jour
Frais d'accompagnant enfant de moins de 16 ans (limité à 60 jours par an)	Néant	30 € par jour	35 € par jour	40 € par jour
Frais de transport	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
AUTRES PRESTATIONS				
Contraception prescrite	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Amniocentèse	Néant	30 € par acte	30 € par acte	30 € par acte
Homéopathie - Médicaments (forfait annuel par bénéficiaire)	Néant	Forfait 50 € par an	Forfait 75 € par an	Forfait 100 € / an
Sevrage tabagique (7)	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

	Taux de remboursement Sécurité sociale (1)	Remboursement Sécurité sociale+ Niveau 1	Remboursement Sécurité sociale+ Niveau 2	Remboursement Sécurité sociale+ Niveau 3
AUTRES PRESTATIONS (suite)				
Vaccins antigrippaux remboursés	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins remboursés	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médecines douces (forfait annuel par bénéficiaire) : acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, micro-kinésithérapeutes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures, podologues, psychomotriciens, réflexologues	Néant	Forfait 150 € / an	Forfait 200 € / an	Forfait 250 € / an
Séances de psychologue (forfait annuel par bénéficiaire)	Néant	Forfait 100 € / an	Forfait 100 € / an	Forfait 100 € / an
Allocation Maternité / enfant (y compris adoption)	Néant	250 €	250 €	250 €
Cure thermale	70 % BR	100 % BR + Forfait annuel : 150 € / bénéf.	100 % BR + Forfait annuel : 200 € / bénéf.	100 % BR + Forfait annuel : 250 € / bénéf.
Tous actes de prévention (liste de l'arrêté du 08/06/2006) (8)	60 % BR, 65 % BR ou 70 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

BR : Base de Remboursement

OPTAM(CO) : Option Pratique Tarifaire Maitrisée (Chirurgie et Obstétrique)

PLV : Prix Limite de Vente

(*) Les paniers 100 % Santé vous permettent d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en optique, dentaire et aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers 100 % Santé, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi sur les paniers à prix libres ou tarifs maitrisés et dans la limite des Prix Limites de Ventes (PLV) et dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) pour les tarifs 100 % santé et maîtrisés en dentaire fixés par la réglementation en vigueur.

(1) En cas d'exonération du ticket modérateur, le taux de remboursement de la Sécurité sociale est égal à 100 % BR.

(2) Le remboursement optique de la Sécurité sociale et de la mutuelle est limité à un équipement par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu dans la liste figurant à l'article L. 165 -1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue pour lesquels la période est réduite à un an, et pour les enfants de moins de 6 ans, où la période est réduite à 6 mois.

La justification d'une évolution de la vue se fonde sur la présentation, soit d'une nouvelle prescription portant une correction différente de la précédente, soit du devis ou de la facturation de l'opticien précisant la nouvelle correction en cas de renouvellement de lunettes.

Les conditions de renouvellement pour la prise en charge de 2 équipements par période de 2 ans pour les personnes qui souhaitent un équipement de près et un équipement de loin s'appliquent à chacun des équipements séparément.

L'application du renouvellement s'apprécie à compter de la date de la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

(3) Plafond de 100 € pour la monture ou plafond de 30 € si achat d'une monture 100 % santé.

(4) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le cas de renouvellement anticipé doit être attesté par une prescription médicale spécialisée et après avis du médecin conseil de la Sécurité sociale.

(5) Le remboursement Sécurité sociale + Mutuelle est limité à 1 700 € par oreille

(6) Sont exclus les frais d'hospitalisation long séjour facturés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

(7) Les substituts nicotiques, s'ils sont prescrits et figurent sur la liste des substituts nicotiques pris en charge, sont remboursés par la Sécurité sociale à hauteur de 65 % BR.

(8) Détartrage annuel ; Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans ; Scellement des sillons sur les molaires pour un enfant de moins de 14 ans ; Dépistage de l'hépatite B ; Vaccinations seules ou combinées : Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois, Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant, BCG, avant 6 ans, Hépatite B, avant 14 ans, Coqueluche, avant 14 ans,, Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et les femmes non immunisées désirant un enfant, Diphtérie, tétanos et poliomyélite, à tout âge ; Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans ; Dépistage tous les 5 ans des troubles chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : Audiométrie tonale ou vocale, Audiométrie tonale avec tympanométrie, Audiométrie vocale dans le bruit, Audiométrie tonale et vocale, Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie

Annexe 2 – Cotisations

Cotisations exprimées en euros indexées sur le PMSS

Grille des montants de cotisation TTC <u>par</u> personne			
Age	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Enfant (gratuité à compter du 3 ^{ème})	17,47 €	18,76 €	20,74 €
Actif de moins de 30 ans inclus	37,77 €	41,10 €	45,03 €
Actif de plus de 30 ans & moins de 40 ans inclus	40,20 €	44,08 €	48,37 €
Actif de plus de 40 ans & moins de 50 ans inclus	46,75 €	51,76 €	57,30 €
Actif de plus de 50 ans	63,12 €	69,87 €	77,36 €
Retraité	91,52 €	101,31 €	112,17 €

Annexe 3 – Notice d’information assistance à domicile

CONVENTION d’ASSISTANCE à DOMICILE FRANCE MÉTROPOLITAINE et DROM n°500 85 62

Préambule

La convention d’assistance présentée ci-après, est souscrite par Intériale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 775 685 365 dont le siège social est situé 32 rue Blanche, 75009 Paris.

Les garanties d’assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l’ACPR, 4 place de Budapest – CS 92459 -- 75436 PARIS CEDEX 09.

DISPOSITIONS COMMUNES

DEFINITIONS

ACCIDENT CORPOREL

Événement soudain, imprévisible, provenant d’une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté et qui entraîne des dommages physiques audit bénéficiaire.

ACCIDENT INVALIDANT

Événement soudain, imprévisible, provenant d’une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté entraînant une invalidité du bénéficiaire, supérieure ou égale à 30%, reconnue par l’organisme qui détermine le taux d’invalidité dont le bénéficiaire dépend (Commission de Réforme, Sécurité Sociale...).

ANIMAUX DOMESTIQUES

Les chiens et les chats.

BÉNÉFICIAIRES des GARANTIES d’ASSISTANCE

Tout membre participant de la mutuelle Intériale ayant adhéré à une garantie Frais de santé, domicilié en France métropolitaine ou dans un DROM (à l’exception de Mayotte), ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit ou fiscalement à charge : conjoint, enfants et petits-enfants, enfants handicapés sans limite d’âge et ascendants directs.

CENTRE DE CONVALESCENCE

Les centres de convalescence sont des structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, n’incluant pas de nuit d’hospitalisation.

CONJOINT

Le conjoint non séparé, son concubin notoire, son cosignataire d’un PACS.

DOMICILE

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire du membre participant et de ses ayants droit.

ENFANT

Enfant et petit-enfant sous condition d'âge selon les garanties (enfant handicapé sans limite d'âge), à charge et vivant au domicile du membre participant.

EPIDEMIE

Développement et propagation rapide d'une maladie contagieuse, le plus souvent d'origine infectieuse, dans une population.

FRANCE

France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM à l'exception de Mayotte (soit Martinique, Guadeloupe, Réunion et Guyane).

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident corporel, incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPREVUE

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

HOSPITALISATION PROGRAMMEE

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus 7 jours.

IMMOBILISATION IMPREVUE

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

IMMOBILISATION

Incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

INTERVENTION CHIRURGICALE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, incluant une seule nuit d'hospitalisation.

MALADIE

En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :

Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

En cas d'hospitalisation programmée :

Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

PANDEMIE

Epidémie étendue à toute la population d'un continent voire au monde entier.

PATHOLOGIES LOURDES

Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA ASSURANCES.

PROCHE

Sont considérés comme des proches : le conjoint, ascendants ou descendants au 1er ou 2ème degré, les frères et sœurs, beaux-frères et belles-sœurs du membre participant ou de son conjoint.

TÉLÉASSISTANCE

Système de télécommunication qui permet à une personne en perte d'autonomie ou isolée, d'alerter à distance un professionnel de l'assistance.

1. VIE DU CONTRAT

1.1 DUREE des GARANTIES

La période de validité de la relation contractuelle entre le membre participant et INTÉRIALE.

1.2 RÉSILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par le membre participant de ses contrats souscrits auprès d'INTÉRIALE pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

1.3 PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite 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 IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;
- 2) En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES 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 les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance non équivoque par IMA ASSURANCES du droit à garantie des bénéficiaires ;
- La demande en justice, même en référé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressés par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires 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.

1.4 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Intériale, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité – SIREN 775 685 365, dont le siège social est au 32 Rue Blanche, 75009 PARIS collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assistance :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat ;
- des données relatives à la situation familiale ;
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres ;
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices ;

- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés ;
- des données médicales pour lesquelles l'adhérent a donné son consentement lors de la souscription du contrat.

Ces données sont utilisées par Intériale pour la stricte exécution des services et notamment pour :

- la passation des contrats ;
- la gestion des contrats ;
- l'exécution des contrats ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- les opérations relatives à la gestion de ses clients et notamment le suivi de la relation client (ex : passation d'enquête de satisfaction) ;
- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption ;
- la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Ces données peuvent être transmises aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, administrations, partenaires, organismes professionnels habilités et prestataires d'Intériale qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces finalités. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires d'Intériale chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier à IMA ASSURANCES, ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance. Elles peuvent être accessibles ou transmises à des sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA ASSURANCES de communiquer les informations médicales susceptibles d'être collectées à tout professionnel devant en connaître pour accomplir la mission qui lui est confiée par IMA ASSURANCES. Dans ces conditions, les bénéficiaires reconnaissent libérer les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre des garanties de leur obligation de secret professionnel sur les informations médicales.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par IMA ASSURANCES pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation assurantielle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer son consentement au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données d'INTERIALE 32 rue Blanche – 75009 PARIS. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier de la couverture d'assurance.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité sur ses données, ainsi que de la possibilité de définir des directives relatives au sort de ses données après son décès. Si le bénéficiaire a donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de ses données, il peut la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de son contrat. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une

pièce justificative d'identité auprès d'Intériale aux coordonnées suivantes : DIRECTION JURIDIQUE – 32 Rue Blanche – 75009 PARIS.

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles compétente s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

1.5 RÉCLAMATION ET MÉDIATION

Une réclamation est une déclaration actant d'un mécontentement concernant les garanties d'assistance mises en œuvre, ou la relation avec IMA ASSURANCES au cours de cette mise en œuvre (une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation).

En cas de réclamation, les bénéficiaires doivent contacter en premier lieu leur interlocuteur habituel.

En second lieu et à défaut de solution, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courriel depuis le site www.ima.eu, Réclamations ou par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9.

Le Service Consommateur s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables de sa réception, et à y apporter une réponse dans un délai de deux mois maximum.

En dernier recours, si le désaccord persiste après la réponse du Service Consommateur ou en l'absence de réponse dans le délai règlementaire, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09. La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

2. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

2.1 FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'Assistance à domicile s'appliquent dans les conditions spécifiées à chaque article en cas :

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
- d'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée,
- de séjour prolongé à la maternité,
- de survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation,
- de chirurgie ambulatoire entraînant une immobilisation au domicile,
- d'intervention chirurgicale entraînant une immobilisation au domicile,
- de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie et/ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation,
- de décès,
- d'événement traumatisant.

2.2 TERRITORIALITÉ

La France métropolitaine et les DROM (à l'exception de Mayotte).

Définition des modalités de prise en charge des déplacements de personnes :

- **Bénéficiaire résident en France métropolitaine** : prise en charge limitée au sein du territoire métropolitain, au train 1ère classe ou avion de ligne classe économique.

- **Bénéficiaire résidant dans un DROM (à l'exception de Mayotte)** : prise en charge limitée au sein de ce seul département, au taxi, bateau ou avion de ligne classe économique.

2.3 INTERVENTION

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :



IMA ASSURANCES apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA ASSURANCES, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire.

En cas de maladie entraînant une hospitalisation programmée, la mise en œuvre des garanties est limitée à 2 interventions par bénéficiaire sur 12 mois.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle.

Dès lors qu'IMA ASSURANCES n'est pas en mesure de mettre en œuvre les garanties dans un des DROM, IMA ASSURANCES s'engage à prendre en charge les frais engagés par le bénéficiaire, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

2.4 PIÈCES JUSTIFICATIVES

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, ...).

De la même façon, IMA ASSURANCES pourra demander au membre participant ou à son conjoint l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

3. LIMITATIONS, EXCLUSIONS, DÉCHÉANCES ET PROLONGATION DES GARANTIES

3.1 DÉLAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable, toute demande d'assistance, portant sur les garanties décrites aux articles 4.1, 4.3 à 4.9, doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent :

- une immobilisation au domicile,
- la sortie d'une hospitalisation,
- un décès.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour les garanties accessibles en cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire, la demande d'assistance doit être exercée au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'évènement.

Par exception, pour la garantie aide-ménagère, le délai de demande d'assistance est de 30 jours pour celle de l'article 4.12.1 et 10 jours pour celle de l'article 4.2 à compter :

- d'une immobilisation au domicile,
- de la sortie d'une hospitalisation,
- d'un décès.

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement (sortie d'hospitalisation, immobilisation ou décès).

Exemple pour la garantie aide-ménagère plafonnée à 10 jours : en cas d'appel le 15ème jour suivant le jour de l'évènement, la garantie est alors plafonnée à 5 jours.

Pour les garanties complémentaires en cas de pathologies lourdes et de traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie et/ou curiethérapie, le délai de demande d'assistance est de 30 jours à compter :

- d'une immobilisation au domicile,
- de la sortie d'une hospitalisation.

Passé ce délai, les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

Pour les garanties décrites aux articles 4.10 et 4.12.2, les prestations devront être exécutées dans un délai de 12 mois suivants l'évènement.

3.2 FAUSSE DECLARATION

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un évènement garanti entraîne la perte du droit à garantie. Il appartient à IMA ASSURANCES d'établir le caractère frauduleux de la déclaration.

3.3 FORCE MAJEURE

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'évènements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

3.4 EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations :

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gériatriques,
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi qu'à leurs conséquences,
- de même, sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et de la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).
- la preuve de l'exclusion incombe à IMA ASSURANCES.

3.5 PROLONGATION DES GARANTIES

Lorsque les prestations mises en œuvre et prises en charge par IMA ASSURANCES prennent fin, IMA ASSURANCES propose aux bénéficiaires qui le souhaitent la prolongation, sous son contrôle, de ces prestations, par la mise en relation avec les intervenants agréés par IMA ASSURANCES. Le montant de ces prestations reste dès lors à la charge du bénéficiaire.

4. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE OU PROGRAMMEE, EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE OU INTERVENTION CHIRURGICALE COMPRENANT UNE NUIT ET/OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPREVUE

4.1 PRÉSENCE d'un PROCHE au CHEVET du BÉNÉFICIAIRE

En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 2 jours ou d'immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours d'un bénéficiaire,

- IMA ASSURANCES organise et prend en charge le déplacement aller - retour d'un proche désigné par le bénéficiaire, en train 1ère classe, bateau, taxi ou avion de ligne, classe économique, à compter du premier jour.
- IMA ASSURANCES organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 100 € pour 2 nuits.

4.2 AIDE-MÉNAGÈRE

- En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 2 jours du membre participant ou de son conjoint, IMA ASSURANCES met une aide-ménagère à leur disposition :
 - s'il y a lieu, dès le premier jour afin de venir en aide aux proches demeurant au domicile,
 - ou à son retour au domicile.
- En cas d'immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours du membre participant ou de son conjoint, IMA ASSURANCES met une aide-ménagère à sa disposition à compter du premier jour.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 30 jours.

Cette garantie peut s'appliquer immédiatement en cas de décès du membre participant ou de son conjoint.

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire du membre participant ou de son conjoint entraînant une immobilisation d'au moins 2 jours,

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 10 jours.

4.3 PRISE en CHARGE des ENFANTS* EN CAS D'INDISPONIBILITÉ DES PARENTS

Lorsque l'hospitalisation imprévue ou programmée du membre participant ou de son conjoint ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours ne leur permet pas de s'occuper de leurs enfants*, IMA ASSURANCES organise et prend en charge dès le premier jour de l'événement l'une des garanties suivantes :

- Le déplacement d'un proche

Déplacement aller et retour d'un proche désigné du membre participant ou son conjoint pour garder les enfants* au domicile (train 1ère classe, bateau, taxi ou avion de ligne, classe économique).

- Le transfert des enfants

Le voyage aller et retour des enfants* ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, en train 1ère classe, bateau, taxi ou avion de ligne, classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants* par l'un de ses prestataires conventionnés.

- La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- le transfert et la garde des enfants* chez une assistante maternelle dans la limite de 30 heures réparties sur un mois à compter de la date de l'événement.

- s'il y a lieu, la garde des enfants* au domicile par un intervenant autorisé, dans la limite de 30 heures, réparties sur un mois à compter de la date de l'événement. Cette garantie peut être complétée par l'accompagnement aller et retour des enfants* à l'école.

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire du membre participant ou de son conjoint entraînant une immobilisation d'au moins 2 jours,

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 10 jours.

ET

- La conduite à l'école et le retour au domicile des enfants*

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants* au domicile par l'un de ses prestataires, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions. Cette garantie peut s'appliquer immédiatement en cas de décès du membre participant ou de son conjoint.

** pour les enfants et petits-enfants de moins de 18 ans.*

4.4 GARDE DES ENFANTS* EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT CORPOREL

En cas de maladie soudaine et imprévisible ou d'accident corporel entraînant une immobilisation de plus de 2 jours des enfants* au domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge dès le 1er jour de l'événement :

- Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller et retour d'un proche désigné par le membre participant ou son conjoint au chevet de l'enfant*, en taxi, train 1ère classe ou avion classe économique.

- La garde des enfants

Dans l'hypothèse où la précédente garantie ne trouverait à s'appliquer, la garde des enfants* malades ou accidentés, dans la limite de 30 heures réparties sur un mois à compter de la date de la maladie ou de l'accident corporel, selon la situation.

** pour les enfants et petits-enfants de moins de 18 ans.*

4.5 ÉCOLE à DOMICILE

Si, à la suite d'un accident corporel ou d'une maladie soudaine et imprévisible, l'enfant** du membre participant ou de son conjoint est immobilisé au domicile pour une durée de plus de 2 semaines, IMA ASSURANCES organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire. Il s'agit de cours particuliers dans les matières principales (mathématique, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/ géo, philosophie, économie), donnés au domicile de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires et jours fériés.

*** sans limite d'âge pour la garantie école à domicile.*

4.6 EN CAS DE SÉJOUR PROLONGÉ EN MATERNITÉ

En cas de séjour de plus de 8 jours en maternité, la bénéficiaire bénéficie des garanties d'aide-ménagère (Art. 4.2) et de prise en charge des enfants (Art.4.3).

4.7 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS EN CAS D'INDISPONIBILITÉ DU MEMBRE PARTICIPANT OU DE SON CONJOINT

En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée du membre participant ou de son conjoint, ou d'immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours, et lorsque ses ascendants ou toute personne dépendante vivant au domicile ne peuvent se prendre en charge, IMA ASSURANCES organise et assume les coûts :

- du déplacement aller et retour d'un proche, désigné par le membre participant ou son conjoint, susceptible de s'en occuper au domicile (billet de train 1ère classe, bateau, taxi ou avion de ligne, classe économique),

OU

- de leur déplacement aller et retour au domicile d'un proche désigné par le membre participant ou son conjoint, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, en train 1ère classe, bateau, taxi ou avion de ligne, classe économique,

OU

- de leur garde à domicile dans la limite de 30 heures, réparties sur un mois à compter de la date de l'événement.

Cette garantie peut s'appliquer immédiatement en cas de décès du membre participant ou de son conjoint.

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire du membre participant ou de son conjoint entraînant une immobilisation d'au moins 2 jours,

Le nombre d'heures attribuées par IMA ASSURANCES ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

4.8 TRANSFERT ET GARDE d'ANIMAUX DOMESTIQUES

En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 2 jours ou d'immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours du membre participant ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux domestiques vivant au domicile, dans la limite de 30 jours.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires. Cette garantie peut s'appliquer immédiatement en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire du membre participant ou de son conjoint entraînant une immobilisation d'au moins 2 jours,

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- La visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »,
- La garde de l'animal par un « pet sitter » au domicile de l'adhérent,
- La garde de l'animal chez un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller - retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'interventions est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne peut excéder 10 interventions réparties sur une période maximale de 10 jours.

Le « pet sitter » achète l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni l'un de leurs proches, ne sont en mesure de s'en charger.

Le prix de la nourriture reste à la charge de l'adhérent.

Cette garantie est conditionnée par la mise à disposition pour le « pet sitter » des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

4.9 SERVICES DE PROXIMITÉ

En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 2 jours ou d'immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours d'un bénéficiaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge sur une période d'un mois les garanties suivantes :

- Livraison de médicaments

Lorsque le bénéficiaire est immobilisé à son domicile pendant plus de 5 jours et que ni lui ni l'un de ses proches ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA ASSURANCES se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche de son domicile et de les lui livrer. Le prix des médicaments demeure à la charge du bénéficiaire.

- Portage d'espèces

Lorsque le bénéficiaire immobilisé à son domicile pendant plus de 5 jours ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- son transport aller/retour à son établissement bancaire,
- ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires agréés, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA ASSURANCES dans un délai d'un mois.

- Portage de repas

Lorsque le bénéficiaire immobilisé à son domicile pendant plus de 5 jours n'est pas en mesure de préparer lui-même ses repas ou de les faire préparer par son entourage, IMA ASSURANCES organise et prend en charge une livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas* (au choix du bénéficiaire) répartie sur un mois.

Notre solution de portage de repas permet au bénéficiaire, lors de sa commande, de trouver une écoute pour l'aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il lui sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge du bénéficiaire.

** sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit déjeuner est exclu de la garantie.*

- Livraison de courses

Lorsque le bénéficiaire est immobilisé à son domicile pendant plus de 5 jours, et que ni lui, ni son entourage ne sont en mesure de faire les courses, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- son transport - aller/retour- au centre commercial le plus proche de son domicile,
- ou bien les frais de livraison d'une commande par semaine, dans la limite de 4 semaines.

- Coiffure à domicile

Lorsque le bénéficiaire, immobilisé à son domicile pendant plus de 5 jours, souhaite bénéficier d'une prestation de coiffure, IMA ASSURANCES organise et prend en charge les frais de déplacements d'un coiffeur à son domicile dans le mois suivant son immobilisation.

Le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge du bénéficiaire.

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire du membre participant ou de son conjoint entraînant une immobilisation d'au moins 2 jours,

IMA ASSURANCES organise et prend en charge sur une période de 10 jours les garanties décrites ci-dessus.

4.10 ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas d'événements traumatisants, tels qu'un accident, une agression, une pathologie lourde, un cancer, un décès, un licenciement, affectant le bénéficiaire dans le cadre de sa vie privée ou professionnelle, IMA ASSURANCES organise et prend en charge pour le membre participant ou son conjoint, selon la situation :

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
- et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les prestations doivent être exécutées dans un délai de un an à compter de la date de survenance de l'événement.

4.11 CONSEIL SOCIAL

- En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical, d'une pathologie lourde, selon la liste établie dans les définitions,

- En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical, d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie et/ou curiethérapie,

- Suite à l'aggravation, dûment justifiée par un certificat médical, d'une pathologie mentionnée ci-dessus,

IMA ASSURANCES met en relation le membre participant ou son conjoint avec un Travailleur Social (titulaire du diplôme de Conseiller en Economie Sociale et Familiale) ou un Assistant social

et prend en charge de 1 à 5 entretiens téléphoniques par foyer. Ce service est accessible du lundi au vendredi de 9h à 19h pour une durée d'un an à compter de la date du premier appel.

La fonction de ce service est d'apporter des réponses au bénéficiaire en s'appuyant sur l'analyse des difficultés de vie quotidienne, ou les attentes des personnes dans les domaines de la vie personnelle, familiale, sociale, professionnelle et économique.

Le Travailleur Social (titulaire du diplôme de Conseiller en Economie Sociale et Familiale) ou l'Assistant social s'appuie sur une approche globale de la personne afin de prendre en compte sa ou ses problématiques. Il doit être en capacité d'écouter pour identifier les priorités et faire des préconisations.

Sa mission lui permet d'informer le bénéficiaire :

- sur les avantages/inconvénients des différents modes d'intervention (aide à domicile...) et leurs coûts,
- sur les aides financières existantes et les démarches à réaliser,
- sur l'ensemble des prestations et des droits sociaux suite à une situation de dépendance.

4.12 GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS DE PATHOLOGIE NECESSITANT UN TRAITEMENT PAR RADIOTHERAPIE, CHIMIOOTHERAPIE, TRITHERAPIE, QUADRITHERAPIE ET/OU CURIETHERAPIE POUR LE MEMBRE PARTICIPANT OU SON CONJOINT

4.12.1. AIDE-MENAGERE

En cas de nécessité de traitement médical entraînant des séances de radiothérapie, de chimiothérapie, trithérapie, quadrithérapie et/ou curiethérapie en établissement hospitalier ou à domicile, IMA ASSURANCES met à la disposition du membre participant ou de son conjoint une aide-ménagère. Cette garantie est accordée pendant la durée du traitement, dans la limite de 30 heures, selon la situation.

Les garanties relatives à la prise en charge des enfants de moins de 18 ans (Art. 4.3) et à la prise en charge des ascendants (Art. 4.7) ou des personnes dépendantes vivant au domicile sont également applicables.

4.12.2. COACHING SPORTIF

En cas de cancer diagnostiqué du membre participant ou de son conjoint, IMA ASSURANCES met à leur disposition un service de coaching sportif à solliciter dans les 12 mois suivant l'événement. Cette prestation débute par un bilan physique à domicile à l'issue duquel un document de synthèse sera remis au bénéficiaire. Il récapitule les préconisations du coach ainsi que son programme individualisé d'activités physiques.

Dans le cadre de ce programme individualisé, IMA ASSURANCES prendra également en charge jusqu'à 12 séances d'activités physiques à domicile sur une durée maximale de 3 mois.

4.13 TRANSMISSION de MESSAGES URGENTS

En cas de nécessité, IMA ASSURANCES se charge de transmettre des messages urgents à la famille du bénéficiaire.

4.14 EN CAS DE DECES

• Obsèques

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, IMA ASSURANCES peut assister la famille dans l'organisation des obsèques et faire l'avance des frais y afférents. La somme avancée sera remboursable dans un délai de 30 jours.

- Informations

À la suite du décès d'un bénéficiaire, IMA ASSURANCES peut apporter toutes les informations utiles aux proches vivants au domicile (dispositions à prendre, démarches relatives aux dons d'organes, à la crémation, à la succession ...).

4.15 GARANTIES MÉDICALES

- Conseils médicaux

Hors urgence médicale et en l'absence du médecin traitant, des conseils médicaux, liés à un accident corporel ou à une maladie, peuvent être prodigués par les médecins d'IMA ASSURANCES. Ces conseils ne pourront cependant pas être considérés comme des consultations médicales.

- Recherche d'un médecin

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, IMA ASSURANCES peut aider le bénéficiaire à rechercher un médecin.

- Recherche d'une infirmière

De la même façon IMA ASSURANCES peut, sur prescription médicale, aider le bénéficiaire à rechercher une infirmière.

- Recherche d'intervenants paramédicaux

En dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, IMA ASSURANCES peut assister le bénéficiaire en difficulté dans sa recherche d'intervenants paramédicaux.

- Transport en ambulance

Hors urgence médicale, IMA ASSURANCES organise, sur prescription médicale, le transport du bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté. Si son état de santé le nécessite, IMA ASSURANCES organise son retour au domicile par l'un de ces moyens. Les frais de transport demeurent à la charge du bénéficiaire. Ils sont remboursés dans les conditions légales et réglementaires de la Sécurité sociale et la mutuelle.

4.16 PRÉVENTION DES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS)

À tout moment, afin d'aider le membre participant ou son conjoint souhaitant obtenir des informations sur la prévention des TMS, IMA ASSURANCES organise et prend en charge un bilan téléphonique réalisé par un ergothérapeute avec remise de préconisations.

Cette garantie est limitée à un bilan par an.

Cette prestation, basée sur une approche plurifactorielle des facteurs de risques, consiste :

1. En un recueil de données via un bilan téléphonique

Lors de l'échange téléphonique, l'ergothérapeute présentera globalement la démarche au bénéficiaire et procèdera à un recueil de données via des outils dédiés. Ce recueil concernera tant les caractéristiques individuelles de la personne que son environnement de travail, le contexte, ... : description du poste, tâches effectuées, rythme et cadences, facteurs biomécaniques, contraintes horaires, ...

L'objectif est d'apporter un premier niveau de sensibilisation et d'information sur les troubles musculo-squelettiques et leurs conséquences

2. En l'envoi d'un document de synthèse faisant un état de propositions et solutions pratiques pour le bénéficiaire.

Ce document proposera une synthèse du recueil de données, une analyse, et la proposition de mesures correctrices et solutions pratiques parmi lesquelles on retrouve les outils et équipements, le rappel des bonnes postures ou des bons gestes, les exercices à réaliser, une orientation vers un professionnel ou une structure, ...

4.17 PRÉVENTION DU STRESS AU TRAVAIL

A tout moment, afin d'aider le membre participant ou son conjoint qui rencontrent une situation professionnelle génératrice de stress ou de mal-être (conflits avec le public, un collègue ou un supérieur hiérarchique, surcharge de travail, difficulté à concilier vie professionnelle/vie personnelle ...) et qui souhaitent bénéficier d'un soutien pour y faire face, IMA ASSURANCES organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par an et par bénéficiaire avec un psychologue clinicien.

Le psychologue réalise une écoute professionnelle, non orientée et non interventionniste en gardant distance et neutralité.

Le bénéficiaire peut notamment aborder avec le psychologue, dans le cadre de ces entretiens, la situation vécue, les difficultés rencontrées, les conséquences sur sa santé.

Il peut réfléchir avec le psychologue sur les sources de son stress et de son mal-être, ses difficultés pour y faire face et envisager d'éventuelles actions pour faire face et mieux vivre la situation rencontrée. L'entretien téléphonique vise également à orienter le bénéficiaire vers des professionnels de santé (psychiatre, psychologue spécialisé) ou une association... si le psychologue le juge nécessaire.

4.18 INFORMATIONS ADMINISTRATIVES, SOCIALES, JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE

Afin d'aider les bénéficiaires souhaitant obtenir des informations à caractère général, IMA ASSURANCES s'efforce d'orienter les appelants vers les services appropriés, ou de rechercher et communiquer par téléphone les informations suivantes, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés :

- famille : régimes matrimoniaux - grossesse, naissance - adoption - filiation - nationalité - incapables mineurs, majeurs - ascendants à charge - divorce - pension alimentaire hors divorce - prestations familiales - PACS,
- enseignement : établissements scolaires - séjours linguistiques - aides financières pour scolaires, étudiants - téléenseignement - orientation pédagogique - université,
- santé : don du sang ou d'organes - dossiers médicaux - médecine scolaire - responsabilité médicale, paramédicale - Sécurité sociale,
- droit du travail : fonction publique - accidents du travail - travail temporaire - travail à domicile - les contrats de travail - travail à temps partiel - licenciement, chômage,
- formation : congé individuel de formation - contrat de qualification - contrat d'orientation - stages,
- retraite : retraite de base et/ou complémentaire - modalités de départ - réversion - préretraite - travail pendant la retraite - prestations familiales - aides sociales,
- succession : donations - héritiers réservataires - testament - succession sans testament - droits du conjoint survivant,
- fiscalité, administration : impôts - administration - traitements et salaires - primes et indemnités - revenus fonciers - plus-values - charges déductibles - déclarations - impôts locaux - paiements - contrôles - réclamations,
- justice : auxiliaires de justice - comment obtenir une aide juridique - juridictions pénales - juridictions civiles - juridictions administratives,
- habitation, logement : baux d'habitation - contrats - accession à la propriété, acte de construire - achat ou vente d'un bien immobilier - copropriété - autres demandes liées à la propriété - permis de construire, formalités - certificat de conformité - contrats de construction - rénovation (artisans) - garantie de bon fonctionnement / biennale/décennale - litiges de chantiers - relations de voisinage,

- location : contrat de location - locations meublées - locations saisonnières - location d'immeuble - loyer - travaux, réparations - bail - fin du bail et ses conséquences - contestations et litiges,
- banque / crédit : cartes bancaires - chèques - autres moyens de paiement - incidents d'utilisation (perte, vol) - opposition - découverts - crédit : fonctionnement, différentes sortes de crédit, litiges - placements,
- consommation : litiges avec un commerçant, une entreprise, un artisan - litiges avec un prestataire de services : agence de voyages, hôtel, restaurant, pressing, teinturerie, déménageurs, vendeurs d'ordinateurs, de téléphones mobiles,
- automobile : vente, achat à un professionnel ou un particulier - vices cachés - location - contrôle technique - carte grise - garagistes : responsabilité, entretien, factures - permis de conduire : points, suspension - documents administratifs,
- vie pratique : enseignement, formation - formalités, cartes, permis - relations avec l'administration,
- vacances à l'étranger : vaccinations - formalités - visas.

Annexe 4 – Notice d'information Action sociale

Dans le cadre du budget voté annuellement par l'Assemblée générale d'Intériale (« la Mutuelle »), la commission en charge de l'action sociale peut, sous conditions, accorder aux membres participants ou à leurs ayants droit, des aides financières liées à la santé, des aides financières à la mutualisation, ainsi que des aides financières diverses.

CHAPITRE 1 - LES AIDES FINANCIERES LIÉES À LA SANTÉ

Article 1 - L'aide « solidarité santé »

L'aide « solidarité santé » peut être accordée par la commission pour permettre de faire face à une dépense importante et urgente commandée par l'état de santé du membre participant ou de ses ayants droit, et qui ne peut être couverte en temps opportun par les disponibilités financières de la famille. Elle ne peut être utilisée à d'autres fins que celle pour laquelle elle est accordée, pas plus qu'elle ne peut servir à conserver ou à reconstituer une épargne.

La commission se réunit et statue sur le dossier.

Le montant de l'aide allouée par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés (factures acquittées, décomptes, etc.).

Article 2 - L'aide à la souscription d'un micro-prêt santé

La Mutuelle peut apporter son aide aux membres participants à faibles revenus ou en situation financière difficile, qui souhaitent souscrire un prêt pour financer des dépenses importantes et urgentes commandées par leur état de santé, et qui ne peuvent être couvertes par les disponibilités financières de leur famille.

La Mutuelle peut, sous conditions, prendre en charge tout ou partie des frais de dossiers et des intérêts de prêts d'un montant maximum de 4500 €, et d'une durée minimum de 6 mois et de maximum 48 mois.

La commission se réunit et statue sur le dossier.

Le montant de l'aide allouée par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés.

Article 3 - La participation au financement d'une aide-ménagère

Une participation au financement d'une aide-ménagère peut être accordée aux membres participants retraités et à leurs ayants droit retraités, dont le maintien à domicile ou le placement en foyer, logement ou maison de retraite exige la présence d'une aide-ménagère.

Le montant de la participation est déterminé par la commission en fonction des ressources.

La commission se réunit et statue sur le dossier.

Le montant de la participation allouée par la commission est réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés (justificatifs de ressources, factures acquittées, etc.).

Le niveau des plafonds de ressources est déterminé par le Conseil d'administration.

Article 4 - L'aide « solidarité handicap » pour l'aménagement de résidence principale ou de véhicule et l'aide liée au handicap

- L'aide « solidarité handicap » peut être accordée au membre participant par la Mutuelle pour l'aménagement de la résidence principale ou du véhicule (matériel médical ou informatique, aménagement d'une pièce à vivre, etc.).

Le membre participant, pour lui ou ses ayants droit vivant au foyer, ou le cas échéant, son représentant légal, doit au préalable constituer un dossier auprès du Conseil Départemental, Conseil Régional ou Caisse de Sécurité sociale, puis adresser sa demande à la Mutuelle accompagnée de la réponse des organismes sollicités.

La commission se réunit et statue sur le dossier.

Le montant de l'aide accordée par la Mutuelle vient en complément total ou partiel des aides déjà versées par les organismes mentionnés ci-dessus.

Le montant de l'aide allouée par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés.

- La Mutuelle peut également décider la prise en charge du forfait journalier hospitalier des enfants en situation de handicap hospitalisés dans des établissements spécialisés.

Pour les enfants ayants droit en situation de handicap, une participation à leurs frais de séjours dans un centre de vacances spécialisé ou à un séjour d'intégration peut aussi être accordée.

La commission se réunit et statue sur le dossier.

Le montant de l'aide allouée par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés.

Article 5 - L'aide aux « victimes d'actes de terrorisme »

L'aide aux « victimes d'actes de terrorisme » est accordée par la Mutuelle lorsqu'un membre participant ou l'un de ses ayants droit, présent sur les lieux d'un acte de terrorisme, a subi un dommage physique ou psychique immédiat directement lié à cet acte ou qui, ultérieurement à cet acte, présente un dommage physique ou psychique qui lui est directement lié.

Le membre participant doit joindre à sa demande l'attestation délivrée par l'Assurance Maladie lui permettant de faire valoir, auprès des professionnels et établissements de santé, la dispense d'avance de certains frais.

La commission se réunit et statue sur le dossier.

Le montant de l'aide allouée par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés.

CHAPITRE 2 - AIDES À LA MUTUALISATION

Par délégation du Conseil d'administration, la commission peut, au titre de son action sociale et dans le cadre du budget voté annuellement par l'Assemblée générale, prendre en charge tout ou partie du montant de la cotisation des membres participants.

Article 6 - Cotisation des membres participants relevant de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

Les membres participants relevant de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, dont la date de prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle et la date d'affectation sont antérieures au 31 décembre 2005, peuvent bénéficier d'une réduction de cotisations de 40 %.

Pour bénéficier de cette réduction, le membre participant doit en faire la demande expresse par écrit auprès de la Mutuelle, accompagnée des documents justificatifs.
Cette réduction de cotisations n'est pas cumulable avec d'autres réductions de cotisations.

Article 7 - Cotisations des membres participants veufs ou veuves titulaires d'une pension de réversion

Les membres participants, veufs ou veuves, qui ont pour seule ressource la pension de réversion de leur ex conjoint(e) et dont le montant annuel déclaré au titre de l'impôt sur le revenu est supérieur au plafond de l'Aide à la Complémentaire Santé, et inférieur au plafond de l'Aide à la Complémentaire Santé majoré de 20 %, peuvent bénéficier d'une réduction de 20 % de la cotisation de la Garantie frais de santé.

Pour bénéficier de cette réduction de cotisations, le membre participant doit en faire la demande expresse par écrit auprès de la Mutuelle.

Le membre participant doit joindre à sa demande l'avis d'imposition (ou de non-imposition) sur le revenu, ainsi que le titre de pension.

La commission se réunit et statue sur le dossier.

Si la demande de réduction de cotisations est acceptée, la réduction de cotisations ne peut prendre effet qu'au 1er janvier suivant la réception des documents visés ci-dessus.

La demande de réduction de cotisations doit ensuite être renouvelée avant le 1er octobre de chaque année.

Cette réduction de cotisations n'est pas cumulable avec d'autres réductions de cotisations.

Article 8 - « Solidarité indiciaire »

Lorsque la modestie de leurs ressources les place dans une situation susceptible de porter atteinte à leur dignité, les membres participants peuvent bénéficier d'une exonération totale ou partielle de la cotisation afférente à la Garantie frais de santé.

La « solidarité indiciaire » est au maximum de 12 mois.

Le membre participant doit en faire la demande expresse chaque année par écrit auprès de la Mutuelle.

Le membre participant doit joindre à sa demande la copie de son avis d'imposition (ou de non-imposition) sur le revenu, une copie de son bulletin de salaire ou du titre de pension ainsi qu'une attestation sur l'honneur précisant le nombre de personnes qu'il a à sa charge et le montant du revenu brut annuel du foyer fiscal au titre de l'année précédant la demande.

Article 9 - Cotisation due au titre des contrats « rente survie »

Lorsque la situation matérielle d'enfants en situation de handicap est de nature à aggraver leur affliction, la Mutuelle peut prendre en charge tout ou partie de la cotisation due par le membre participant au titre du « Contrat d'assurance collective de rente survie » (Contrat n° 7452 A) assuré par CNP Assurances et au titre de la « Garantie rente survie enfance handicapée » assurée par la Mutuelle.

CHAPITRE 3 - AIDES FINANCIERES DIVERSES

Article 10 - L'aide aux enfants déscolarisés

L'aide aux enfants déscolarisés peut être accordée par la Mutuelle lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies : l'un des enfants du membre participant ou de son conjoint, concubin, pacsé ayant droit de la Mutuelle, âgé de 6 ans à 16 ans et affilié en qualité d'ayant droit du membre participant auprès de la Mutuelle, ne peut être scolarisé du fait d'une affection longue durée reconnue, pendant une période minimum de 15 jours continus au cours de l'année scolaire.

Le montant maximum pouvant être accordé est de 500 € par année scolaire et par enfant.

Cette aide est exclusivement destinée à permettre à l'enfant de bénéficier d'un soutien scolaire à domicile ou sur son lieu d'hospitalisation.

Le membre participant doit joindre à sa demande un certificat médical mentionnant qu'il s'agit bien d'une affection longue durée reconnue, et que l'enfant est dans l'impossibilité d'être scolarisé pendant une période dont la durée doit être précisée sur le certificat médical.

Article 11 – L'aide « intervention »

L'aide « intervention » peut être accordée par la Mutuelle lorsqu'un membre participant, agent de la Fonction Publique, à l'occasion de l'exercice de son service, a été blessé et que cette blessure a entraîné son hospitalisation pendant plus de 24 heures.

Le membre participant doit joindre à sa demande :

- une attestation sur l'honneur certifiant que la blessure est survenue durant son service,
- toute pièce justifiant que la blessure est survenue durant son service,
- une attestation d'hospitalisation.

Article 12 - L'aide « dépendance »

L'aide « dépendance » peut être accordée par la Mutuelle aux membres participants et à leurs conjoints non couverts ou non indemnisés par une garantie en cas de dépendance assurée par la Mutuelle, ou un contrat dépendance distribué par la Mutuelle, et classés dans un GIR allant de 1 à 3 inclus et ce en application de la grille AGGIR.

La commission se réunit, statue sur le dossier et fixe le montant de l'aide.

Le montant de l'aide allouée par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés.

Article 13 - L'aide à la souscription d'un micro-prêt installation

La Mutuelle peut apporter son aide aux membres participants qui souhaitent souscrire un prêt pour financer la caution locative, le dépôt de garantie, les frais de déménagement, l'achat de meubles, etc., dans le cadre d'une installation.

La Mutuelle peut, sous conditions, prendre en charge tout ou partie des frais de dossiers et des intérêts de prêts d'un montant maximum de 2700 €, et d'une durée minimum de 6 mois et de maximum 36 mois.

La commission se réunit et statue sur le dossier.

Le montant de l'aide allouée par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés.

Article 14 - L'aide financière exceptionnelle

Une aide exceptionnelle peut être attribuée au membre participant par la Mutuelle en cas de circonstances difficiles exceptionnelles (décès d'un enfant, intempéries, etc.).

Une aide exceptionnelle peut aussi être attribuée aux ayants droit d'un membre participant de moins de 20 ans en cas de décès de celui-ci.

La commission se réunit et statue sur le dossier.

Le montant de l'aide financière allouée par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés, étant précisé qu'en cas de décès d'un membre participant de moins de 20 ans ou d'un enfant ayant droit de moins de 20 ans, le maximum pouvant être alloué est de 1 200 €.

Article 15 - L'aide à la souscription d'un micro-prêt social

La Mutuelle peut apporter son aide aux membres participants à faibles revenus ou en situation financière difficile, qui souhaitent souscrire un prêt pour financer des projets de vie dans un cadre social ou des dépenses liées à des intempéries qui ne peuvent être couvertes par les disponibilités financières de leur famille.

La Mutuelle peut, sous conditions, prendre en charge tout ou partie des frais de dossiers et des intérêts de prêts d'un montant maximum de 4000 €, et d'une durée minimum de 6 mois et de maximum 36 mois.

La commission se réunit et statue sur le dossier.

Le montant de l'aide allouée par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés.

Annexe 5 – Notice d'utilisation du réseau de soins SANTECLAIR

Santéclair est un prestataire de services qui met à disposition des Membres participants d'Intériale et de ses ayants droit (ci-après dénommés les bénéficiaires) un ensemble de services pour les aider à faire des choix éclairés pour leur santé, réduire leurs dépenses de santé et rechercher des professionnels et établissements de santé recommandés.

Ce service permet de géolocaliser des professionnels de la santé recommandés, des établissements de santé, des médecins et des paramédicaux, d'avoir accès à une analyse et du conseil sur des devis émanant de professionnels de santé non partenaires Santéclair, et à des services disponibles sur l'espace adhérent Intériale.

Ces services sont proposés et gérés par notre partenaire Santéclair et ses partenaires. Santéclair peut être amenée à faire évoluer son offre de services, cette liste a un caractère purement indicatif.

Santéclair - Société Anonyme au capital de 3 834 029 euros - ayant son siège au 7 Mail Pablo Picasso – CS 74606 - 44046 NANTES CEDEX 1 - immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977.

Vous pouvez consulter la liste des partenaires Santéclair via le lien suivant :
<https://www.santeclair.fr/fr/nos-partenaires>

LES SERVICES SANTÉCLAIR : ce que vous devez savoir

I. Accès à des professionnels de la santé recommandés Santéclair

Les partenaires Santéclair sont : opticiens, chirurgiens-dentistes, orthodontistes, chirurgiens-dentistes qualifiés en implantologie dentaire, audioprothésistes, diététiciennes, ostéopathes et chiropracteurs présents sur le territoire métropolitain et pour certains dans des départements d'Outre-mer, qui se sont engagés contractuellement sur de bonnes pratiques professionnelles et sur des tarifs négociés.

Les Bénéficiaires ont accès à une dispense d'avance de frais sur les dépenses prises en charge lorsqu'ils recourent aux professionnels de santé partenaires, sur présentation de leur attestation de tiers payant (excepté pour les centres de chirurgie réfractive, les diététiciennes, les ostéopathes et chiropracteurs).

Plus de 3000 opticiens partenaires Santéclair vous proposent :

- des tarifs préférentiels et des services privilégiés pour votre équipement optique,
- des verres de grandes marques à des prix négociés (Essilor, Nikon, Optiswiss ou Zeiss),
- la remise d'un certificat d'authenticité de vos verres (y compris pour Offreclair),
- jusqu'à 20% de remise sur le prix affiché pour les montures de classe B du panier libre (conditions disponibles sur la fiche de l'opticien partenaire dans MySantéclair),

- 15% de remise sur tous les autres produits du magasin (produits lentilles, solaires, accessoires, équipements basse vision...),
- des tarifs encadrés sur les lentilles,
- une garantie « satisfait ou échangé » sur les montures et verres du panier à tarifs libres (classe B)⁽¹⁾,
- une garantie casse sans franchise valable 2 ans pour les équipements optiques du panier à tarifs libres (classe B)⁽²⁾
- et de nombreux autres services et avantages proposés par les opticiens partenaires Santéclair (les services proposés par les opticiens peuvent différer selon les partenaires, pour découvrir l'ensemble de vos services et avantages, consultez la fiche de l'opticien partenaire sur MySantéclair).

Pour les équipements de classe A (panier 100% santé) :

Offreclair : une offre tout compris avec un équipement de qualité sans reste à charge, comprenant des verres de grandes marques (Essilor, Nikon, Optiswiss ou Zeiss), avec un large choix pour vos montures parmi une collection exclusive de 80 montures design d'Origine France Garantie et éco-responsables.

Ce service vous permet de ne pas faire l'avance de frais. Les opticiens partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

⁽¹⁾ Valable 15 jours sur les montures et de 3 à 6 mois sur les verres (durée affichée dans la fiche de l'opticien sur MySantéclair), à compter de la date de livraison de l'équipement.

⁽²⁾ Valable sur la monture et les verres, 1 fois par élément. En cas de nouvelle casse, une franchise de 50% est appliquée.

57 centres d'ophtalmologie vous proposent :

- Consultations à dépassements d'honoraires modérés sous un délai de 15 jours, avec prise de rendez-vous dédiés exclusivement sur votre espace adhérent via MySantéclair, réalisation d'un bilan complet de la santé visuelle avec prescription de lunettes et de lentilles, et la remise d'un compte-rendu en fin d'examen.

(Pas d'avantages tarifaires ni de tiers payant auprès de ces praticiens).

45 Centres de chirurgie réfractive partenaires Santéclair disposant d'équipements laser modernes vous proposent :

- Jusqu'à -30 %* sur les différentes techniques de pointe pour les opérations de la myopie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie ou la presbytie. Soins post-opératoires inclus dans les tarifs négociés.

** Par rapport au prix moyen du marché. Comparaison entre les tarifs négociés chez les professionnels de santé partenaires Santéclair et les tarifs pratiqués par les professionnels de la santé non partenaires Santéclair en 2019.*

2700 chirurgiens-dentistes, orthodontistes partenaires Santéclair vous proposent :

- Des tarifs négociés pour certains actes à prix libres et sur l'orthodontie (voir sur MySantéclair),
- Un engagement des chirurgiens-dentistes à respecter les tarifs encadrés dans le cadre du dispositif Buzyn dit « 100% santé »

Ce service permet de ne pas faire l'avance des frais lors de la réalisation de prothèses dentaires ou de traitements d'orthodontie. Les chirurgiens-dentistes partenaires peuvent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

70 chirurgiens-dentistes qualifiés en implantologie dentaire partenaires Santéclair vous proposent :

- des tarifs négociés jusqu'à 35% inférieurs aux prix médians du marché sur tous les actes nécessaires à l'implantologie **,
- des professionnels de santé de qualité ayant une pratique qualifiée de l'implantologie et disposant de plateaux techniques spécifiques,
- remise sur demande d'un certificat de traçabilité indiquant l'origine de l'implant, du pilier et de la prothèse.

Ce service permet de ne pas faire l'avance des frais. Les chirurgiens-dentistes qualifiés en implantologie dentaire partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Un réseau d'« orthodontie invisible par aligneurs » vous propose :

- des tarifs négociés jusqu'à 40% moins chers** sur les semestres d'orthodontie invisible adulte par aligneurs dentaires (gouttière fine et transparente).

Ce service permet de ne pas faire l'avance des frais. Les partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

**** Implantologie :** par rapport aux prix moyens habituellement pratiqués hors réseau Santéclair. Comparaison à actes et matériaux strictement identiques. Etude réalisée par Santéclair sur les devis analysés du 1er janvier au 31 décembre 2020.

Orthodontie : par rapport aux prix moyens du semestre d'orthodontie invisible par aligneurs toutes durées de traitement confondues.

Etude réalisée par Santéclair sur les devis analysés du 1er avril 2019 au 30 juin 2020. Etudes disponibles sur demande.

Plus de 1 000 audioprothésistes partenaires Santéclair vous proposent :

- de tarifs négociés sur l'intégralité des gammes d'appareils auditifs à des prix jusqu'à 35 % *** moins chers,
- d'une garantie panne de 4 ans gratuite,
- 20% de remise sur les piles,
- de 10% de remise sur les assistants d'écoutes, les produits d'entretien, les bouchons et les accessoires (télécommande, casque TV, réveil amplificateur, chargeur de batterie),
- d'une période d'essai de 30 jours avant toute confirmation d'achat,
- d'une garantie " satisfait ou échangé " d'un mois après la période d'essai,
- d'un suivi d'appareillage (réglages et entretien de l'appareil) durant toute la durée de vie de l'appareil,
- d'un kit de démarrage offert,
- de facilités de paiement (voir conditions en magasin).

Ce service permet de ne pas faire l'avance des frais. Les audioprothésistes partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

**** Par rapport aux tarifs habituellement pratiqués hors réseau Santéclair à référence strictement identique (appareils auditifs de classe II).*

Etude réalisée par Santéclair sur les devis analysés du 1er janvier 2020 au 31 octobre 2020. Comparaison portant sur les 40 références d'appareils les plus vendues. Le pourcentage de réduction varie selon les références d'appareils. Etude disponible sur demande.

Plus de 400 diététiciennes partenaires Santéclair vous proposent :

- des prix inférieurs de 15 % par rapport aux prix moyens constatés en France entière sur des consultations de bilan et de suivi,
- des conseils hygiéno-diététiques personnalisés.

370 ostéopathes et chiropracteurs partenaires Santéclair vous proposent :

- des tarifs de séance négociés en moyenne 10 à 15% inférieurs aux prix moyens du marché,
- des praticiens sélectionnés selon des critères de qualité (formation et expérience).

II. Analyse de devis conseil

Santéclair propose un service d'analyse de devis :

- **soit vous envoyez votre devis écrit et détaillé à Santéclair** qui réalise son analyse **sous 72 heures** (selon le résultat de l'analyse l'avis vous sera adressé soit par courrier soit par téléphone).

Ce service permet de vérifier que la dépense en optique, en dentaire, en audioprothèse et les honoraires chirurgicaux est adaptée aux besoins des bénéficiaires tout en payant le juste prix. En optique, dentaire et audioprothèse, il vous permet également d'obtenir des informations pour vous aider à comprendre votre devis au regard du dispositif Buzyn (dit 100% santé) et de vérifier que le praticien respecte les tarifs encadrés dans le cadre du panier 100% santé.

- **soit vous pouvez analyser votre devis dentaire et votre devis hospitalier par vous-même, directement en ligne avec une réponse instantanée**, pour obtenir les estimations de remboursement et des conseils pour réduire votre reste à charge.

III. Services web

Santéclair propose des services web (applications Internet) disponibles via MySantéclair sur l'espace adhérent Intériale ou sur les sites des partenaires :

- **MySantéclair : portail d'accès à tous les services proposés par Santéclair**
- **L'outil de géolocalisation des professionnels de santé partenaires Santéclair :**
 - Dentistes et chirurgiens-dentistes qualifiés en implantologie dentaire ;
 - Opticiens ;
 - Centres d'ophtalmologie (pas d'avantages tarifaires ni de tiers payant) ;

- Centres de chirurgie réfractive (pas de tiers payant) ;
 - Audioprothésistes ;
 - Diététiciennes, ostéopathes et chiropracteurs.
- **L’outil de géolocalisation des professionnels de la santé non partenaires Santéclair :**
(pas d’avantages tarifaires ni de tiers payant, avec prise de rendez-vous en ligne ou par téléphone)
 - Médecins généralistes ou spécialistes ;
 - Orthodontistes ou chirurgiens-dentistes pratiquant l’endodontie, la parodontie, l’implantologie, l’endodontie, la pédodontie et la chirurgie des dents de sagesse ;
 - Ostéopathes et chiropracteurs reconnus par la profession membres du SFDO (Syndicat Français Des Ostéopathes) et de l’AFC (Association Française de Chiropraxie) ;
 - Naturopathes et sophrologues reconnus diplômés et reconnus par la profession, adhérents du SSP (Syndicat des Sophrologues Professionnels), de la FEPS (Fédération des Ecoles Professionnelles en Sophrologie) ou de l’OMNES (Organisation de la Médecine Naturelle et de l’Education Sanitaire).
 - **Accompagnement personnalisé pour l’achat de lunettes.**
Il s’agit de transmettre des **conseils pratiques** pour accompagner et informer le bénéficiaire, avant et après son achat de lunettes. Le bénéficiaire s’inscrit volontairement au service. Le contenu des messages email ou sms est personnalisé selon le profil du bénéficiaire : âge, défaut visuel, nouveau porteur ou non, choix de l’équipement, avantage du réseau, suivi d’adaptation...
 - **Palmarès hospitalier :** l’application permet de consulter le palmarès des meilleurs établissements hospitalier établi par le magazine Le Point.
 - **Coaching nutrition :** un programme personnalisé permettant de réapprendre les fondamentaux en matière de nutrition grâce à un accompagnement par des coachs psychologues et nutritionnistes et l’accès à un contenu personnalisé pour changer en profondeur votre comportement alimentaire et maigrir durablement.
 - **Coaching sommeil :** un programme personnalisé pour retrouver naturellement le sommeil **en 3 mois** avec l’aide d’experts psychologues.
 - **Analyse de symptômes et d’orientation :** service permettant d’analyser ses symptômes avec un résumé des causes possibles, des informations claires sur le caractère d’urgence de votre situation et la démarche à suivre.
 - **Conseils sur l’automédication :** l’application permet de pratiquer l’automédication en toute tranquillité avec près de 2000 médicaments référencés et notés selon leur efficacité et leur tolérance.
 - **Infirmières à domicile :** un service de mise en relation avec une infirmière à domicile pour la prise en charge de tous types de soins.
 - **Coaching sportif :** un service de mise en relation avec des coachs sportifs qui permet à l’assuré d’obtenir un coaching personnalisé et adapté (y compris APA : Activité Physique Adaptée). L’assuré bénéficie de 5% de remise sur tous les cours, quelle que soit la formule

choisie et d'une remise de 20% supplémentaire pour les coaching live en saisissant le code « LIVE ».

- **Deuxième avis médical :** un service de deuxième avis médical qui permet à l'assuré d'obtenir une nouvelle analyse de son diagnostic en cas de maladie grave, rare ou invalidante **sous 7 jours** par un médecin certifié à partir de son dossier médical.
- **Fiches hospitalières :** accès à des fiches permettant à l'assuré de préparer son parcours hospitalier (avant-pendant et après son hospitalisation).
- **Outil de calcul du reste à charge en médecine de ville :** service permettant de calculer son reste à charge pour une consultation avec un médecin généraliste ou spécialiste.

IV. Partenariat

- **Pour les lentilles** via MySantéclair sur votre espace adhérent :
 - 5% de réduction sur votre commande avec le **code INT2013759** pour une livraison à domicile ou en cas de retrait en magasin.