



*Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité  
inscrite au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 784 647 323*



# **RÈGLEMENT MUTUALISTE « Mandataire indépendant »**

**Applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2019**

*Siège social : 18, rue Léon Jouhaux – 75010 PARIS*

<b>TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b> .....	<b>3</b>
<b>TITRE II : LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ</b> .....	<b>9</b>
CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	9
SECTION 1 - LES PRESTATIONS.....	9
SECTION 2 - LES COTISATIONS.....	10
CHAPITRE 2 – LES GARANTIES ET SERVICES LIES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTE.....	11
SECTION 1 - LES GARANTIES.....	11
SECTION 2 - LES SERVICES.....	13
<b>ANNEXES</b> .....	<b>12</b>
1 : FORMULE 1 .....	12
2 : FORMULE 2.....	15
3 : FORMULE 3.....	18
4. FORMULE 4.....	21
5. COTISATIONS.....	24
6 : L'ASSISTANCE A DOMICILE.....	25
7 : PRIME NAISSANCE.....	32
8. LE RESEAU DE SOINS.....	33

# RÈGLEMENT MUTUALISTE

## TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### Au sein du présent Règlement Mutualiste :

- le terme « **Mutuelle** » désigne « La Mutuelle Intérieure Entreprises et Expatriés », mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 784 647 323, dont le siège social est 18 rue Léon Jouhaux - 75010 PARIS,
- le terme « **Membre participant** » désigne la personne physique bénéficiant des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et en ouvre le droit à ses ayants droit,
- 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),

Pour faciliter la lecture du Règlement Mutualiste, la Mutuelle invite les membres participants à consulter le Lexique disponible sur le site Internet de la Mutuelle, et qui inclut le Glossaire de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM). Le Glossaire de l'UNOCAM n'a toutefois pas de valeur contractuelle et ne peut être opposable à la Mutuelle par les membres participants.

### **Article 1 - Objet et modification du Règlement Mutualiste**

Le Règlement Mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations.

Tous les membres participants qui y adhèrent sont en conséquence tenus de s'y conformer.

Le bulletin d'adhésion précise l'identité des personnes bénéficiaires des prestations d'assurance ainsi que la formule et les garanties qui ont été choisies par le membre participant.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts, du Règlement Intérieur, et des droits et obligations définis par le Règlement Mutualiste.

Toute modification du Règlement Mutualiste est portée à la connaissance des membres participants. Toute modification des cotisations et/ou prestations est constatée par la notification de celles-ci aux membres participants, elle est applicable dès qu'elle a été notifiée aux membres participants.

En application de l'article L. 221-3 du Code de la Mutualité, la Mutuelle peut souscrire des contrats collectifs auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires.

L'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat bénéficient alors du contrat souscrit par la Mutuelle.

Chaque garantie est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur.

La Mutuelle peut également souscrire des contrats collectifs à adhésion facultative auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux, s'ils le souhaitent, de garanties supplémentaires.

Chaque garantie est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur.

Lorsque la Mutuelle présente des risques portés par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance, elle agit comme intermédiaire d'assurance au sens de l'article L. 116-1 du Code de la Mutualité.

### **Article 2 - Information préalable à l'adhésion**

#### **2-1 Opérations individuelles**

Avant la signature du bulletin d'adhésion, la Mutuelle remet au membre participant ou futur membre participant les Statuts et le Règlement Intérieur de la Mutuelle, le Règlement Mutualiste qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques ainsi qu'un document d'information normalisé.

#### **2-2 Opérations collectives**

Dans le cadre des contrats collectifs, la Mutuelle remet au membre participant une notice d'information établie par l'organisme assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

La notice d'information précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

### **Article 3 - Garanties proposées au membre participant**

**Dans le cadre de son adhésion au Règlement Mutualiste, le membre participant bénéficie obligatoirement :**

- de la Garantie frais de santé,

**Au titre de la Garantie frais de santé, le membre participant bénéficie alors obligatoirement des Garanties et services suivants :**

- de l'Assistance à domicile,
- d'une prime naissance
- du Réseau de soins,
- du Conventionnement hospitalier de la Mutualité Française
- d'un plateau de services adhérents

### **Article 4 - Formalités d'adhésion à la Mutuelle**

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

- 1° le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé,
- 2° une copie de la carte nationale d'identité ou d'un passeport valide (membre participant et ayants droit majeurs),

- 3° le mandat de prélèvement SEPA, dûment complété, daté et signé accompagné d'un relevé d'identité bancaire ( RIB )
- 4° un relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations,
- 5° une copie de l'attestation vitale en cours de validité,
- 6° le cas échéant, le certificat de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie.
- 7° le(s) certificat(s) de scolarité pour les enfants à charge.

L'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle est notifié au membre participant par un ou plusieurs courriers qui préciseront, pour l'ensemble des personnes protégées (membre participant et le cas échéant le(s) ayant(s) droit) :

- la date de prise d'effet des garanties,
- le niveau des garanties,
- le montant des cotisations et leur échéance.

#### **Article 5 - Prise d'effet des garanties**

Sous réserve de l'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle, la Garantie frais de santé prend effet :

- soit le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle,
- soit le 1<sup>er</sup> jour du mois indiqué librement par le membre participant sur le bulletin d'adhésion (sans rétroactivité possible),
- soit le jour de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle, à condition que le membre participant l'indique expressément sur le bulletin d'adhésion,
- soit le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie du membre participant, à condition que la demande d'adhésion intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, sous réserve de la fourniture du certificat de radiation, et si le membre participant était précédemment couvert par une garantie couvrant les frais de santé au moins équivalente.

L'Assistance à domicile et le Réseau de soins prennent effet dans les conditions de prise d'effet de la Garantie frais de santé énoncées ci-dessus.

#### **Article 6 - Délai de renonciation**

À compter de la prise d'effet de l'adhésion au Règlement Mutualiste (prise d'effet des garanties santé), le membre participant dispose d'un délai de trente jours calendaires, pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception.

Exemple de lettre de renonciation :

« Je soussigné ... (nom, prénom, numéro d'adhérent) demeurant ... (adresse) déclare renoncer à mon adhésion au Règlement Mutualiste. (Date et signature de l'adhérent) ».

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

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.

#### **Article 7 - Durée et renouvellement des garanties**

L'adhésion à la Garantie frais de santé est valable pour une année civile, soit du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre minuit.

Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est alors proratisée au nombre de jours restants.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, pour une durée d'un an, sauf résiliation par le membre participant ou la Mutuelle dans les conditions prévues aux articles 11 et 12 du Règlement Mutualiste.

#### **Article 8 - Affiliation d'un ayant droit**

##### **8-1 Définition de l'ayant droit**

Les ayants droit sont les personnes physiques qui bénéficient d'un droit en raison de leur situation juridique, fiscale ou financière ou d'un lien familial avec le bénéficiaire direct de ce droit.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont :

- 1° le conjoint, concubin, ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité du membre participant, sans condition d'âge,
- 2° les enfants du membre participant, assurés sociaux à titre personnel ou en qualité d'ayants droit, qu'ils soient, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la Nation dont le membre participant est tuteur, ou enfant recueilli,
- 3° les enfants du conjoint, concubin, ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité du membre participant,
- 4° les personnes majeures ayant la qualité d'ayant droit au sens du Code de la Sécurité Sociale au 31 décembre 2015,
- 5° les ascendants du membre participant (père, mère, grand-père, grand-mère), les descendants du membre participant (petit-fils, petite-fille), les frère, soeur, neveu, nièce, oncle, tante, cousin germain, belle-mère, beau-père du membre participant, assurés sociaux à titre personnel et vivant sous le même toit que le membre participant.

Restent de plein droit en qualité d'ayants droit du membre participant les enfants du membre participant ou du conjoint, concubin ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité avec le membre participant, atteints d'un handicap permanent ; par handicap, il faut entendre une invalidité ouvrant droit au versement de l'allocation aux adultes handicapés.

Peuvent sur demande expresse rester en qualité d'ayants droit :

- a) les enfants d'un membre participant décédé, pendant un an à compter de la date du décès,
- b) les enfants d'un membre participant décédé, orphelins de père et de mère, assurés sociaux à titre personnel ou du chef de leur tuteur légal.

##### **8-2 La demande d'adhésion d'un ayant droit est effectuée par le membre participant :**

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

Lorsque la demande d'affiliation de l'ayant droit est postérieure à la demande d'adhésion du membre participant, le membre participant doit être à jour de ses cotisations.

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

### **8-3 La Garantie frais de santé prend effet :**

- soit le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande d'affiliation par la Mutuelle,
- soit le 1<sup>er</sup> jour du mois indiqué librement par le membre participant (sans rétroactivité possible),
- soit le jour de réception de la demande d'affiliation par la Mutuelle, à condition que le membre participant l'indique expressément,
- soit le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie de l'ayant droit, à condition que la demande d'affiliation intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, sous réserve de la fourniture du certificat de radiation, et si l'ayant droit était précédemment couvert par une garantie couvrant les frais de santé au moins équivalente.

En cas de naissance ou d'adoption, la Garantie frais de santé prend effet le jour de la naissance ou de l'adoption, à condition que la demande d'affiliation intervienne dans le délai de 3 mois à compter de la naissance ou de l'adoption. À défaut, la Garantie frais de santé prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande d'affiliation par la Mutuelle.

### **8-4 L'adhésion à la Garantie frais de santé est valable pour une année civile, soit du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre minuit.**

Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation sera alors proratisée au nombre de jours restants.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, pour une durée d'un an, sauf résiliation par le membre participant ou la Mutuelle dans les conditions prévues aux articles 11 et 12 du Règlement Mutualiste et sauf radiation de l'ayant droit dans les conditions prévues à l'article 13 du Règlement Mutualiste.

### **Article 9 - Fixation et modalités de paiement de la cotisation**

Les membres participants qui adhèrent au Règlement Mutualiste s'engagent au paiement d'une cotisation globale en contrepartie des garanties auxquelles ils adhèrent et dont bénéficient leurs ayants droit.

La cotisation globale est annuelle, elle est payable par avance à échéance annuelle par le membre participant.

Elle peut toutefois être fractionnée mensuellement, trimestriellement ou semestriellement, et dans ce cas être payable à terme échu.

Le fractionnement est une facilité de paiement accordée gratuitement au membre participant ou à la personne chargée du paiement.

Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique sur compte bancaire, ou exceptionnellement par chèque sur accord de la Mutuelle.

La cotisation globale comprend les cotisations afférentes aux différentes garanties souscrites, augmentées des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.

### **Article 10 – Modification de la situation familiale**

Les membres participants doivent notifier à la Mutuelle les modifications qui surviennent dans leur situation familiale ou administrative ou dans celle de leurs ayants droit, dans un délai de deux mois à compter de l'événement, par courrier adressé à la Mutuelle à l'adresse mentionnée sur les documents administratifs, accompagné des justificatifs mentionnés ci-après (listes non exhaustives).

Les modifications prennent alors effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de survenance de l'événement.

Passé le délai de deux mois à compter de la date de survenance de l'événement, la prise d'effet de la modification intervient le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de réception des documents justificatifs par la Mutuelle.

Dans ce cas, le membre participant ne pourra prétendre ni au paiement des prestations, ni au remboursement des cotisations qu'il aurait payées indûment.

En cas de modification de sa situation familiale, le membre participant fournira à la Mutuelle :

- en cas de mariage : la copie de l'acte de mariage ;
- en cas de PACS : la copie de la fiche d'information relative à l'enregistrement de la déclaration de PACS ; en cas de concubinage : l'attestation de concubinage ou une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins ;
- en cas de naissance : la copie de l'acte de naissance ; en cas d'adoption : la copie du jugement d'adoption ;
- en cas de divorce : la copie du jugement de divorce.

En cas de décès du membre participant, les ayants droit ou tout membre de la famille du défunt fourniront à la Mutuelle une copie de l'acte de décès.

### **Article 11 - Résiliation par le membre participant**

#### **11-1 Résiliation à la date d'échéance annuelle**

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La demande prend effet le 1<sup>er</sup> janvier, à zéro heure, de l'année suivante.

La date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction.

Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions de l'alinéa ci-dessus, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'adhésion au Règlement Mutualiste, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction.

La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste. 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 résiliation, 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.

A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

#### **11-2 Résiliation en cours d'adhésion**

**11-2-1** Chaque membre participant peut demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion au Règlement Mutualiste s'il justifie de son adhésion à un contrat collectif à adhésion obligatoire conclu par son employeur, et ce par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend alors effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception du justificatif.

Les cotisations restent dues jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

11-2-2 Chaque membre participant peut également demander à ce qu'il soit mis fin à l'une de ses garanties lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement de la Mutuelle ou en cas de survenance d'un des événements suivants, **si les risques en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle** :

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de profession,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La fin de la garantie ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

Les cotisations restent dues jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

## **Article 12 - Résiliation des garanties par la Mutuelle**

### **12-1 Non paiement des cotisations**

Le non paiement des cotisations entraîne la suspension puis la résiliation des garanties.

Tout membre participant en situation d'impayés s'expose au paiement de frais de poursuite et de recouvrement.

À défaut de paiement par le membre participant d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, ses garanties peuvent être suspendues trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Aucune prestation ayant eu lieu pendant la période de suspension ne pourra être versée, et ce même en cas de régularisation postérieure du paiement des cotisations.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension des garanties intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

À défaut de paiement, la Mutuelle a alors le droit de résilier ses garanties et de prononcer la radiation dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au troisième alinéa du présent article.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé que le défaut de paiement peut entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement les frais de poursuites et de recouvrement.

### **12-2 Non respect des conditions liées au champ de recrutement**

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement de la Mutuelle ne sont plus remplies.

## **Article 13 - Radiation d'un ayant droit**

La demande de radiation d'un ayant droit doit être effectuée par le membre participant.

La radiation de l'ayant droit prend effet le 1<sup>er</sup> janvier, à zéro heure, de l'année suivante.

Toutefois, sous réserve de la fourniture de tout justificatif utile à l'appui de la demande à la Mutuelle, la radiation de l'ayant droit prend effet le premier jour suivant sa demande en cas :

- d'affiliation à un contrat collectif à adhésion obligatoire couvrant les frais de santé souscrit par son employeur, ou d'affiliation à un contrat collectif couvrant les frais de santé de la famille à titre obligatoire,
- de changement de situation matrimoniale,
- d'adhésion au contrat « Atout Cœur Santé », contrat complémentaire santé éligible à l'Aide à la complémentaire santé (ACS) coassuré par la Mutuelle Intérieure Entreprises et Expatriés,
- de bénéfice de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

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

## **Article 14 - Conséquences de la résiliation des garanties sur le droit aux prestations**

Le droit aux prestations cesse à la date de prise d'effet de la résiliation des garanties, sauf en ce qui concerne les prestations acquises avant la date d'effet de la résiliation des garanties.

## **Article 15 - Fausse déclaration intentionnelle**

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.

Dans le cadre des opérations dépendant de la vie humaine, la Mutuelle verse alors au membre participant, ou en cas de mort de celui-ci, au bénéficiaire, une somme égale à la provision mathématique de la garantie.

## **Article 16 - Fausse déclaration non intentionnelle**

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 bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion 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.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux opérations dépendant de la vie humaine.

### **Article 17 - Subrogation**

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 l'organisme mutualiste 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.

Pour le paiement des indemnités journalières versées et les prestations d'invalidité, 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.

### **Article 18 - Prescription - Interruption de la prescription**

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 fautive 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.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations sur la vie et de capitalisation, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du précédent paragraphe, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription est interrompue par l'une des causes suivantes :

- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité,
- les causes ordinaires d'interruption de la prescription (citation en justice, y compris en référé, conclusions notifiées dans le cadre d'une procédure, commandement, saisie, reconnaissance d'un droit),
- le recours au Médiateur,
- la désignation d'un expert après un sinistre.

### **Article 19 - 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 droits 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 20 - Réclamations - Médiation**

La Mutuelle accorde une grande importance aux remarques de ses membres participants et veille à leur apporter la meilleure qualité de service.

Si toutefois il existait une insatisfaction ou une difficulté avec la Mutuelle, le membre participant 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 ».

#### **20-1 - Réclamations**

Tout mécontentement d'un membre participant, d'un ayant droit ou d'un bénéficiaire peut être soumis au service « Réclamations ».

Cette réclamation peut être adressée à la Mutuelle :

- soit par voie postale, à l'adresse suivante :

#### **Services relation adhérents**

Centre de gestion LAMIE

46 Rue du Ressort

63967 Clermont-Ferrand Cedex 9;

- soit par internet en utilisant le formulaire contact dans la rubrique NOUS CONTACTER sur l'espace adhérent du site [service.lamie-mutuelle.fr](http://service.lamie-mutuelle.fr). Le service « Réclamations » apportera une réponse au plus tard dans les 45 jours suivant la réception de la demande.

Si à l'expiration de ce délai de 45 jours le réclamant n'a pas reçu de réponse du service « Réclamations », il peut saisir directement le Directeur Général de la Mutuelle à l'adresse suivante :

#### **Lamie mutuelle**

18 rue Léon Jouhaux

75010 PARIS.

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

## **20-2 - Médiation**

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai d'un an après cette réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur :

- soit en ligne par internet sur [www.mutualite.fr](http://www.mutualite.fr) ou par courriel à [mediation@mutualite.fr](mailto:mediation@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 21 - Loi applicable - Langue applicable - Monnaie**

**21-1** Les relations contractuelles établies entre les membres participants et la Mutuelle sont régies par la Loi française. Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. Les garanties présentées par la Mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs sont régies par la loi applicable auxdits organismes.

**21-2** La langue française est la langue applicable au Règlement Mutualiste qui, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toutes autres langues.

**21-3** Le règlement des prestations et le paiement de la cotisation sont effectués en euros.

## **Article 22 - Informatique et Libertés**

Les informations recueillies par la Mutuelle sont exclusivement utilisées dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale), l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet et dans le but de se conformer aux réglementations applicables.

Les données relatives à la santé du membre participant ou de ses ayants droits éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat, ce à quoi il consent en le signant. Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels l'adhérent ou ses éventuels ayants droits bénéficient de garanties, ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et notamment aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission.

Lors de la souscription du contrat, certaines informations sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à l'égard du membre participant pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances)

Les données personnelles recueillies sont conservées pour la durée du contrat et conformément aux exigences réglementaires ou pour une durée de 3 ans en cas de renonciation à l'adhésion

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, modifiée le 7 octobre 2016, le membre participant ainsi que toute personne dont les données sont conservées par la Mutuelle dispose d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement des données personnelles, d'un droit à la limitation du traitement, d'un droit à la portabilité de ses données.

Il bénéficie également d'un droit d'opposition au traitement et lorsque le traitement a pour base juridique le consentement, il dispose d'un droit de retirer son consentement à tout moment, sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application du contrat.

Le membre participant ainsi que toute personne dont les données sont conservées par la mutuelle peut exercer ses droits en contactant le Délégué à la protection des données personnelles nommé par la Mutuelle, soit par courrier au siège de la mutuelle (18 rue Léon Jouhaux 75 010 Paris), soit par courriel à l'adresse [cnil@lamie-mutuelle.fr](mailto:cnil@lamie-mutuelle.fr), accompagné d'un justificatif d'identité.

Il dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

## **Article 23 - Autorité de contrôle**

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.



# TITRE II : LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

## CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### SECTION 1 - LES PRESTATIONS

#### Article 24 - Les formules de la Garantie frais de santé

Les membres participants ont le choix entre différentes formules adaptées à leurs attentes et à leurs besoins en matière de frais de santé :

- Formule 1,
- Formule 2,
- Formule 3,
- Formule 4

Les membres participants retraités peuvent bénéficier des mêmes garanties que les membres participants en activité.

Les membres participants peuvent adhérer à l'une des formules de la Garantie frais de santé de la Mutuelle sans aucune limite d'âge.

Les formules de la Garantie frais de santé comportent chacune des prestations qui leur sont propres et définies aux Annexes 1 à 4 du Règlement Mutualiste.

Les ayants droit bénéficient des prestations de la formule de la Garantie frais de santé dont relève le membre participant.

#### Article 25 - Modification de la formule choisie

Toute demande de changement de formule doit être adressée par écrit à la Mutuelle.

Le changement de formule vers une formule supérieure prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande de changement de formule.

La demande de changement de formule vers une formule inférieure doit être adressée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de chaque année et prend effet à la date d'échéance annuelle de l'adhésion, soit le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

Toutefois, en cas de changement de situation matrimoniale (divorce, séparation, décès du conjoint), de retraite ou de cessation définitive d'activité, la demande de changement de formule vers une formule inférieure prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle, sous réserve de la fourniture de documents justificatifs.

#### Article 26 - Objet des prestations

La Mutuelle s'engage à rembourser, dans la limite des pourcentages et des montants fixés par la formule de la Garantie frais de santé à laquelle a adhéré le membre participant :

- la part des frais de santé non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- les frais de santé exclus des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les garanties sont soit exprimées en pourcentage, soit exprimées en euros. Les garanties exprimées en fonction des tarifs de l'Assurance Maladie Obligatoire sont calculées en fonction de la base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les Bases de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire reprises dans le Règlement Mutualiste ont une valeur indicative et sont données pour information.

Seuls sont couverts les frais exposés en France Métropolitaine ou dans les départements d'Outre Mer. Néanmoins, sont couverts les soins effectués hors du territoire métropolitain ou des départements d'Outre Mer, pour lesquels l'adhérent perçoit un remboursement d'un régime obligatoire de sécurité sociale en France ou de la Caisse des français à l'étranger.

#### Article 27 - Caractère solidaire et responsable des formules de la Garantie frais de santé

**27-1** Les formules de la Garantie frais de santé sont « solidaires » : la Mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des membres participants et ne recueille aucune information médicale les concernant.

**27-2** Les formules des garanties sont « responsables » : les critères des garanties santé responsables sont fixés par les articles L. 871-1, R.871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Les garanties santé responsables sont éligibles à la Loi 94-126 du 11 février 1994 dite Loi Madelin, sous réserve que le membre participant satisfasse aux conditions requises fixées à l'article 154 bis du Code général des impôts.

#### Article 28 - Limitation des prestations

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 ou de la convention 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 29 - 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 droit peut percevoir directement les prestations pour lui-même et/ou pour les enfants 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 30 - Tiers payant

La Mutuelle permet à ses assurés de bénéficier du dispositif de tiers payant à hauteur du tarif de responsabilité (ticket modérateur). Ainsi les professionnels de santé qui le souhaitent sont payés directement par la Mutuelle, *a minima* à hauteur du ticket modérateur, pour les soins qu'ils ont dispensés ou produits qu'ils ont délivrés au membre participant ou à ses ayants droit. Dans le cas où la dispense d'avance des frais n'a pas été pratiquée par le professionnel de santé, les prestations sont versées directement au membre participant après acquittement par eux des dépenses engagées. Toutefois, si après paiement du prestataire de soins par la Mutuelle, il s'avère que les garanties du membre participant étaient suspendues ou résiliées, celui-ci est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

#### **Article 31 - Modalités de remboursement 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.

#### **Article 32 - Prestations indûment versées**

En cas de prestations versées indûment 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 33 - Déchéance des droits à prestations en cas de fraude**

Le membre participant qui effectue volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre à l'occasion d'une demande de versement de prestations est sanctionné par la déchéance de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause, et ce sans préjudice des mesures prévues par les Statuts de la Mutuelle.

## **SECTION 2 - LES COTISATIONS**

Les réductions et exonérations de cotisations mentionnées ci-après concernent les formules de la Garantie frais de santé ainsi que les Garanties et services liés à la Garantie frais de santé.

#### **Article 34 - Fixation des cotisations des formules de la Garantie frais de santé**

- Les formules de la Garantie frais de santé comportent chacune des cotisations qui leur sont propres et définies aux Annexes 1 à 4 du Règlement Mutualiste.

Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de la nature de l'emploi ni en fonction du sexe des membres participants.

Les cotisations sont calculées en fonction de l'âge du membre participant.

L'âge du membre participant et de ses ayants droit s'apprécie au 1er janvier de l'année civile de l'adhésion à la garantie ou de son renouvellement, et par rapport au 1er janvier qui suit leur année de naissance.

- Les montants de cotisation des Garanties et services liés à la Garantie frais de santé sont inclus dans le montant des formules de la Garantie frais de santé.

#### **Article 35 - Cotisations des enfants ayants droit**

La Mutuelle ne perçoit pas de cotisation :

- pour les nouveaux nés affiliés en qualité d'ayants droit, et ce pendant une période de 12 mois qui court à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois de leur naissance ; la même disposition est appliquée pour les enfants adoptés ou sous tutelle à compter du jour d'adoption ou de la mise sous tutelle,
- pour les enfants de moins d'un an affiliés en qualité d'ayants droit, et ce jusqu'à la date de leur premier anniversaire.

La Mutuelle ne perçoit pas de cotisation à compter du 4<sup>ème</sup> enfant affilié en qualité d'ayant droit et en principe assujetti à cotisations ainsi que pour les suivants, à condition qu'ils soient âgés de moins de 20 ans.

L'enfant du membre participant décédé ayant expressément demandé de conserver sa qualité d'ayant droit, ne verse pas de cotisation :

- pendant 1 an à compter de la date du décès du membre participant,
- jusqu'au 31 décembre de l'année de son 28<sup>ème</sup> anniversaire, s'il est orphelin de père et de mère, assuré social à titre personnel ou du chef de son tuteur légal.

Les enfants handicapés de plus de 20 ans, affiliés en qualité d'ayants droit et percevant l'allocation adultes handicapés peuvent bénéficier d'une cotisation correspondant à celle des ayants droit de 21 ans, en fonction de leur niveau de garantie.

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

#### **Article 36 - Cotisation des membres participants qui relèvent du régime local Alsace Moselle**

Les membres participants ou les ayants droit qui justifient de leur appartenance au régime local Alsace Moselle bénéficient d'une réduction de cotisation égale à :

- 40% lorsque la formule frais de santé choisie est la formule 1,
- 35% lorsque la formule frais de santé choisie est la formule 2,
- 25% lorsque la formule frais de santé choisie est la formule 3,
- 15% lorsque la formule frais de santé choisie est la formule 4.

### **Article 37 – Evolution des cotisations**

Les cotisations sont fixées chaque année par le Conseil d'administration, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale.

Les cotisations peuvent être revalorisées chaque 1<sup>er</sup> janvier par l'application d'un taux qui dépend notamment :

- de l'évolution des dépenses de santé déterminée à partir des éléments fournis par les Caisses nationales d'Assurance maladie,
- de l'équilibre général du portefeuille mandataire indépendant assuré par la Mutuelle.

## **CHAPITRE 2 - LES GARANTIES ET SERVICES LIES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTE**

### **SECTION 1 - LES GARANTIES**

#### **Article 38 - L'Assistance à domicile**

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

Sont obligatoirement couverts par ce contrat tous les membres participants qui bénéficient d'une formule de la Garantie frais de santé.

La notice d'information du contrat est reproduite à l'Annexe 6 du Règlement Mutualiste.

#### **Article 39 – Prime naissance**

La mutuelle a souscrit auprès d'Intérieure un contrat collectif à adhésion obligatoire « Prime Naissance Filia » ayant pour objet le versement d'une prime aux membres participants de la mutuelle à l'occasion de la naissance de leur(s) enfant(s) et lors de l'inscription de ce(s) dernier(s) en qualité d'ayant(s) droit dans les conditions prévues par la notice d'information reproduite en annexe 7 du Règlement Mutualiste

### **SECTION 2 – LES SERVICES**

#### **Article 40- Le Réseau de soins**

La Mutuelle fait bénéficier ses membres participants et 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.

Les conditions et prestations du Réseau de soins sont prévues par la notice d'information établie par Santéclair.

La notice d'information du Réseau de soins est reproduite à l'Annexe 8 du Règlement Mutualiste.

Les prestations du Réseau de soins sont ouvertes en France Métropolitaine, en Martinique, en Guyane, à la Réunion et en Guadeloupe.

#### **Article 41 – Le conventionnement hospitalier de la Mutualité française**

La Mutuelle adhère au dispositif de conventionnement hospitalier de la Mutualité Française.

Le conventionnement hospitalier mutualiste concerne les établissements de santé référencés par la Mutualité Française selon des critères objectifs de qualité, tarifaires et géographiques.

Le conventionnement hospitalier mutualiste vise à :

- apporter aux patients adhérents mutualistes, la garantie d'un accès à des soins hospitaliers de qualité à tarif maîtrisé,
- simplifier les démarches conventionnelles.

Dans le cadre des formules Equilibre, Confort et Sérénité lorsque le patient adhérent mutualiste choisit un établissement de santé conventionné par la Mutualité Française, le montant de la prise en charge de la chambre particulière et de la chambre particulière ambulatoire par la Mutuelle est majoré (Annexes 3 à 5 du Règlement Mutualiste).

#### **Article 42 -La plateforme de services adhérents**

La Mutuelle met à disposition des membres participants et de leurs ayants droit éventuels une plateforme de service en ligne, personnalisée et sécurisé leur permettant notamment de :

- suivre les remboursements et accéder aux décomptes en ligne,
- évaluer leur profil santé : questionnaire en ligne visant à identifier les risques potentiels pour leur santé et les pistes d'évolution pour l'améliorer ou prévenir l'apparition d'une maladie,
- s'informer : obtenir de l'information sur un médicament, un médecin ou un service de soutien,
- géolocaliser des professionnels de santé pour accéder rapidement à des médecins généralistes et spécialistes conventionnés,
- accéder à la téléconsultation médicale grâce à un partenariat avec Médecin direct.

## ANNEXE 1 : FORMULE 1

(Prestations)

- 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. Un forfait exprimé en euros peut s'ajouter au ticket modérateur. Dans ce cas, la limite de remboursement de la grille de prestations correspond au remboursement de la Sécurité sociale augmenté du ticket modérateur et du forfait pris en charge par la mutuelle.
- 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. En cas de modification de ces taux, la part de remboursement de la mutuelle ne sera pas modifiée.
- **Formule solidaire et responsable.**

		Taux SS <sup>(1)</sup>	FORMULE 1 incluant les remboursements SS
<b>Poste Soins Courants</b>			
<b>Consultations &amp; Visites de Généralistes</b>	médecins signataires de l'OPTAM	70% BR	100% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	70% BR	100% BR
<b>Consultations &amp; Visites de Spécialistes</b>	médecins signataires de l'OPTAM	70% BR	100% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	70% BR	100% BR
<b>Actes Techniques Médicaux, Actes De Chirurgie</b>	médecins signataires de l'OPTAM	70% BR	100% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	70% BR	100% BR
<b>Actes d'Imagerie Médicale (radiographie, scanner, IRM, échographie, ...)</b>	médecins signataires de l'OPTAM	70% BR	100% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	70% BR	100% BR
<b>Analyses Médicales &amp; Examens de Laboratoire</b>	médecins signataires de l'OPTAM	60% BR ou 70% BR	100% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	60% BR ou 70% BR	100% BR
<b>Auxiliaires Médicaux</b>		60% BR	100% BR
<b>Poste Hospitalisation Médicale, Chirurgicale,</b>			
<b>Honoraires médicaux et chirurgicaux, Actes Techniques Médicaux, Actes De Chirurgie</b>	médecins signataires de l'OPTAM	80% ou 100% BR	100% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	80% ou 100% BR	100% BR
<b>Frais de Séjour</b>		80% ou 100% BR	100% BR
<b>Forfait sur les actes lourds</b>		Néant	100% Frais réels
<b>Forfait Journalier Hospitalier</b>		Néant	100% Frais réels
<b>Chambre Particulière en MCO illimité</b>		Néant	30 €/jour
<b>Chambre Particulière en psychiatrie (max 30j/an)</b>		Néant	30€/jour
<b>Chambre Particulière en Ambulatoire (3 forfaits/an)</b>		Néant	Néant
<b>Frais d'accompagnement</b>		Néant	15€/jour
<b>Frais de Transport</b>		65% BR	100% BR
<b>Poste Pharmacie</b>			
<b>Pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité Sociale</b>		65% BR	100% BR
<b>Pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité Sociale</b>		30% BR	100% BR
<b>Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité Sociale</b>		15% BR	Néant
<b>Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale</b>		Néant	10€/an
<b>Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale</b>		Néant	10€/an
<b>Poste Dentaire</b>			
<b>Soins dentaires et endodontie</b>		70% BR	100% BR
<b>Inlays – Onlays core avec ou sans clavette</b>		70% BR	175% BR
<b>Prothèses Dentaires remboursées par la Sécurité Sociale</b>		70% BR	175% BR
<b>Prothèses Dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale</b>		Néant	100% BR reconstituée

<b>Couronne transitoire</b>	Néant	60€/acte
<b>Implants Dentaires (max 2 implants/an)</b>	Néant	200 € / implant
<b>Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale</b>	70% ou 100%BR	175% BR
<b>Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale</b>	Néant	75% BR reconstitué
<b>Parodontologie</b>	Néant	100€/ an
<b>Poste optique (2)</b>		
<b>Monture + 2 verres simples A</b>	60% BR	Ss+200€
<b>Monture + 2 verres complexes B</b>	60% BR	Ss+250€
<b>Monture + 2 verres très complexes C</b>	60% BR	Ss + 300€
<b>Lentilles remboursées par la Sécurité sociale</b>	60% BR	Ss +100€/an
<b>Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale</b>	Néant	100€/an
<b>Chirurgie correctrice (myopie et presbytie) max 2 yeux/an</b>	Néant	250€/oeil
<b>Appareillage</b>		
<b>Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale</b>	60% ou 100% BR	250% BR
<b>Gros appareillage remboursé par la Sécurité sociale</b>	100% BR	250% BR
<b>Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale</b>	60% BR	100% BR
<b>Cure thermale</b>		
<b>Honoraires médicaux et chirurgicaux</b>	De néant à 70% BR	100% BR
<b>Frais complémentaires non remboursés par la Sécurité sociale</b>	Néant	100€/an
<b>Prévention et médecines douces</b>		
<b>Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale</b>	Néant	25€/an
<b>Substituts nicotiniques prescrits</b>	Néant ou 65%	Ss + 50€/an
<b>Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale</b>	Néant	50€/an
<b>Acupuncture, chiropractie, diététicien, éthiopathie, ostéopathie (max 3 séances)</b>	Néant	25€/séance
<b>Services</b>		
<b>Prime naissance, doublée en cas de naissance gémellaire</b>	Néant	300€

(1) En cas d'exonération du ticket modérateur, la Sécurité sociale prend en charge 100 % de la base de remboursement des dépenses liées aux soins et traitements.

(2) Prise en charge d'un équipement tous les deux ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. La période de deux ans d'entend de la date d'achat du premier élément composant l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

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

- Soit sur la présentation médicale portant une correction différente de la première
- Soit sur présentation de la dernière prescription médicale 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 l'organisme d'assurance maladie complémentaire. Elle doit être reconnue comme sensiblement différente de l'ancienne par le médecin conseil de la mutuelle. Les catégories de verres sont définies dans le tableau ci-après.

## Catégories de verres et codes LPP associés

Le décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales classe les verres optiques en 3 catégories (verres unifocaux simples A, verres unifocaux ou multifocaux complexes B et verres multifocaux très complexes C). Le remboursement de la Mutuelle dépend de la catégorie des verres.

Verres		Catégorie de verre	Enfants (moins de 18 ans)		Adultes (18 ans et plus)	
			Codes LPP verres blancs	Codes LPP verres teintés	Codes LPP verres blancs	Codes LPP verres teintés
Unifocaux	Simple	A	2200393 / 2261874	2270413 / 2242457	2259966 / 2203240	2226412 / 2287916
	Complexes	B	2238941 / 2243304	2268385 / 2297441	2212976 / 2280660	2252668 / 2263459
			2243540 / 2273854	2291088 / 2248320	2282793 / 2235776	2265330 / 2295896
			2283953 / 2245036	2219381 / 2206800	2284527 / 2288519	2254868 / 2299523
Multifocaux	Complexes	B	2259245	2264045	2290396	2291183
			2240671	2282221	2227038	2299180
			2238792	2202452		
			2234239	2259660		
	Très complexes	C			2245384	2295198
				2202239	2252042	

Le décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales fixe des planchers et des plafonds pour le remboursement d'un équipement optique (monture et/ou 2 verres) que la mutuelle doit respecter. Les planchers et plafonds dépendent de la catégorie des verres.

Verre 1	Verre 2	Plancher remboursement mutuelle	Plafond remboursement mutuelle
Verre unifocal simple A	Verre unifocal simple A	50€	470€
Verre unifocal simple A	Verre unifocal complexe B	125€	610€
Verre unifocal simple A	Verre multifocal complexe B	125€	610€
Verre unifocal simple A	Verre multifocal très complexe C	125€	660€
Verre unifocal complexe B	Verre unifocal complexe B	200€	750€
Verre unifocal complexe B	Verre multifocal complexe B	200€	750€
Verre multifocal complexe B	Verre multifocal complexe B	200€	750€
Verre multifocal complexe B	Verre multifocal très complexe C	200€	800€
Verre multifocal complexe B	Verre multifocal très complexe C	200€	800€
Verre multifocal très complexe C	Verre multifocal très complexe C	200€	850€

## ANNEXE 2 : FORMULE 2

(Prestations)

- 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. Un forfait exprimé en euros peut s'ajouter au ticket modérateur. Dans ce cas, la limite de remboursement de la grille de prestations correspond au remboursement de la Sécurité sociale augmenté du ticket modérateur et du forfait pris en charge par la mutuelle.
- 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. En cas de modification de ces taux, la part de remboursement de la mutuelle ne sera pas modifiée.
- **Formule solidaire et responsable.**

		Taux SS <sup>(1)</sup>	FORMULE 2 incluant les remboursements SS
<b>Poste Soins Courants</b>			
<b>Consultations &amp; Visites de Généralistes</b>	médecins signataires de l'OPTAM	70% BR	100% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	70% BR	100% BR
<b>Consultations &amp; Visites de Spécialistes</b>	médecins signataires de l'OPTAM	70% BR	130% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	70% BR	110% BR
<b>Actes Techniques Médicaux, Actes De Chirurgie</b>	médecins signataires de l'OPTAM	70% BR	130% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	70% BR	110% BR
<b>Actes d'Imagerie Médicale (radiographie, scanner, IRM, échographie, ...)</b>	médecins signataires de l'OPTAM	70% BR	130% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	70% BR	110% BR
<b>Analyses Médicales &amp; Examens de Laboratoire</b>	médecins signataires de l'OPTAM	60% BR ou 70% BR	130% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	60% BR ou 70% BR	110% BR
<b>Auxiliaires Médicaux</b>		60% BR	130% BR
<b>Poste Hospitalisation Médicale, Chirurgicale,</b>			
<b>Honoraires médicaux et chirurgicaux, Actes Techniques Médicaux, Actes De Chirurgie</b>	médecins signataires de l'OPTAM	80% ou 100% BR	130% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	80% ou 100% BR	110% BR
<b>Frais de Séjour</b>		80% ou 100% BR	130% BR
<b>Forfait sur les actes lourds</b>		Néant	100% Frais réels
<b>Forfait Journalier Hospitalier</b>		Néant	100% Frais réels
<b>Chambre Particulière en MCO illimité</b>		Néant	60 €/jour
<b>Chambre Particulière en psychiatrie (max 30j/an)</b>		Néant	60€/jour
<b>Chambre Particulière en Ambulatoire (3 forfaits/an)</b>		Néant	30€
<b>Frais d'accompagnement</b>		Néant	15€/jour
<b>Frais de Transport</b>		65% BR	100% BR
<b>Poste Pharmacie</b>			
<b>Pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité Sociale</b>		65% BR	100% BR
<b>Pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité Sociale</b>		30% BR	100% BR
<b>Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité Sociale</b>		15% BR	100% BRt
<b>Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale</b>		Néant	30€/an
<b>Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale</b>		Néant	30€/an
<b>Poste Dentaire</b>			
<b>Soins dentaires et endodontie</b>		70% BR	100% BR
<b>Inlays – Onlays core avec ou sans clavette</b>		70% BR	250% BR
<b>Prothèses Dentaires remboursées par la Sécurité Sociale</b>		70% BR	250% BR
<b>Prothèses Dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale</b>		Néant	175% BR reconstituée

<b>Couronne transitoire</b>	Néant	60€/acte
<b>Implants Dentaires (max 2 implants/an)</b>	Néant	350 € / implant
<b>Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale</b>	70% ou 100%BR	250% BR
<b>Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale</b>	Néant	150% BR reconstitué
<b>Parodontologie</b>	Néant	150€/an
<b>Poste optique (2)</b>		
<b>Monture + 2 verres simples A</b>	60% BR	Ss+300€
<b>Monture + 2 verres complexes B</b>	60% BR	Ss+350€
<b>Monture + 2 verres très complexes C</b>	60% BR	Ss + 400€
<b>Lentilles remboursées par la Sécurité sociale</b>	60% BR	Ss +150€/an
<b>Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale</b>	Néant	150€/an
<b>Chirurgie correctrice (myopie et presbytie) max 2 yeux/an</b>	Néant	500€/oeil
<b>Appareillage</b>		
<b>Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale</b>	60% ou 100% BR	300% BR
<b>Gros appareillage remboursé par la Sécurité sociale</b>	100% BR	300% BR
<b>Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale</b>	60% BR	125% BR
<b>Cure thermale</b>		
<b>Honoraires médicaux et chirurgicaux</b>	De néant à 70% BR	100% BR
<b>Frais complémentaires non remboursés par la Sécurité sociale</b>	Néant	150 €/an
<b>Prévention et médecines douces</b>		
<b>Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale</b>	Néant	50€/an
<b>Substituts nicotiques prescrits</b>	Néant ou 65%	Ss + 75€/an
<b>Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale</b>	Néant	100€/an
<b>Acupuncture, chiropractie, diététicien, éthiopathie, ostéopathie (max 3 séances)</b>	Néant	35€/séance
<b>Services</b>		
<b>Prime naissance, doublée en cas de naissance gémellaire</b>	Néant	400€

(1) En cas d'exonération du ticket modérateur, la Sécurité sociale prend en charge 100 % de la base de remboursement des dépenses liées aux soins et traitements.

(2) Prise en charge d'un équipement tous les deux ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. La période de deux ans d'entend de la date d'achat du premier élément composant l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

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

- Soit sur la présentation médicale portant une correction différente de la première
- Soit sur présentation de la dernière prescription médicale 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 l'organisme d'assurance maladie complémentaire. Elle doit être reconnue comme sensiblement différente de l'ancienne par le médecin conseil de la mutuelle. Les catégories de verres sont définies dans le tableau ci-après.



## Catégories de verres et codes LPP associés

Le décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales classe les verres optiques en 3 catégories (verres unifocaux simples A, verres unifocaux ou multifocaux complexes B et verres multifocaux très complexes C). Le remboursement de la Mutuelle dépend de la catégorie des verres.

Verres		Catégorie de verre	Enfants (moins de 18 ans)		Adultes (18 ans et plus)	
			Codes LPP verres blancs	Codes LPP verres teintés	Codes LPP verres blancs	Codes LPP verres teintés
Unifocaux	Simple	A	2200393 / 2261874	2270413 / 2242457	2259966 / 2203240	2226412 / 2287916
	Complexes	B	2238941 / 2243304	2268385 / 2297441	2212976 / 2280660	2252668 / 2263459
			2243540 / 2273854	2291088 / 2248320	2282793 / 2235776	2265330 / 2295896
			2283953 / 2245036	2219381 / 2206800	2284527 / 2288519	2254868 / 2299523
Multifocaux	Complexes	B	2259245	2264045	2290396	2291183
			2240671	2282221	2227038	2299180
			2238792	2202452		
			2234239	2259660		
	Très complexes	C			2245384	2295198
				2202239	2252042	

Le décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales fixe des planchers et des plafonds pour le remboursement d'un équipement optique (monture et/ou 2 verres) que la mutuelle doit respecter. Les planchers et plafonds dépendent de la catégorie des verres.

Verre 1	Verre 2	Plancher remboursement mutuelle	Plafond remboursement mutuelle
Verre unifocal simple A	Verre unifocal simple A	50€	470€
Verre unifocal simple A	Verre unifocal complexe B	125€	610€
Verre unifocal simple A	Verre multifocal complexe B	125€	610€
Verre unifocal simple A	Verre multifocal très complexe C	125€	660€
Verre unifocal complexe B	Verre unifocal complexe B	200€	750€
Verre unifocal complexe B	Verre multifocal complexe B	200€	750€
Verre multifocal complexe B	Verre multifocal complexe B	200€	750€
Verre multifocal complexe B	Verre multifocal très complexe C	200€	800€
Verre multifocal complexe B	Verre multifocal très complexe C	200€	800€
Verre multifocal très complexe C	Verre multifocal très complexe C	200€	850€

## ANNEXE 3 : FORMULE 3

### (Prestations et Cotisations)

- 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. Un forfait exprimé en euros peut s'ajouter au ticket modérateur. Dans ce cas, la limite de remboursement de la grille de prestations correspond au remboursement de la Sécurité sociale augmenté du ticket modérateur et du forfait pris en charge par la mutuelle.
- 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. En cas de modification de ces taux, la part de remboursement de la mutuelle ne sera pas modifiée.
- **Formule solidaire et responsable.**

		Taux SS <sup>(1)</sup>	FORMULE 3 incluant les remboursements SS
<b>Poste Soins Courants</b>			
<b>Consultations &amp; Visites de Généralistes</b>	médecins signataires de l'OPTAM	70% BR	130% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	70% BR	110% BR
<b>Consultations &amp; Visites de Spécialistes</b>	médecins signataires de l'OPTAM	70% BR	150% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	70% BR	130% BR
<b>Actes Techniques Médicaux, Actes De Chirurgie</b>	médecins signataires de l'OPTAM	70% BR	150% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	70% BR	110% BR
<b>Actes d'Imagerie Médicale (radiographie, scanner, IRM, échographie, ...)</b>	médecins signataires de l'OPTAM	70% BR	150% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	70% BR	130% BR
<b>Analyses Médicales &amp; Examens de Laboratoire</b>	médecins signataires de l'OPTAM	60% BR ou 70% BR	130% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	60% BR ou 70% BR	110% BR
<b>Auxiliaires Médicaux</b>		60% BR	150% BR
<b>Poste Hospitalisation Médicale, Chirurgicale,</b>			
<b>Honoraires médicaux et chirurgicaux, Actes Techniques Médicaux, Actes De Chirurgie</b>	médecins signataires de l'OPTAM	80% ou 100% BR	150% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	80% ou 100% BR	130% BR
<b>Frais de Séjour</b>		80% ou 100% BR	150% BR
<b>Forfait sur les actes lourds</b>		Néant	100% Frais réels
<b>Forfait Journalier Hospitalier</b>		Néant	100% Frais réels
<b>Chambre Particulière en MCO illimité</b>		Néant	75€/jour
<b>Chambre Particulière en psychiatrie (max 30j/an)</b>		Néant	75€/jour
<b>Chambre Particulière en Ambulatoire (3 forfaits/an)</b>		Néant	40€
<b>Frais d'accompagnement</b>		Néant	50€/jour
<b>Frais de Transport</b>		65% BR	100% BR
<b>Poste Pharmacie</b>			
<b>Pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité Sociale</b>		65% BR	100% BR
<b>Pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité Sociale</b>		30% BR	100% BR
<b>Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité Sociale</b>		15% BR	100% BRt
<b>Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale</b>		Néant	50€/an
<b>Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale</b>		Néant	50€/an
<b>Poste Dentaire</b>			
<b>Soins dentaires et endodontie</b>		70% BR	100% BR
<b>Inlays – Onlays core avec ou sans clavette</b>		70% BR	350% BR
<b>Prothèses Dentaires remboursées par la Sécurité Sociale</b>		70% BR	350% BR
<b>Prothèses Dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale</b>		Néant	275% BR reconstituée

<b>Couronne transitoire</b>	Néant	60€/acte
<b>Implants Dentaires (max 2 implants/an)</b>	Néant	500 € / implant
<b>Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale</b>	70% ou 100%BR	350% BR
<b>Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale</b>	Néant	250% BR reconstitué
<b>Parodontologie</b>	Néant	200€/an
<b>Poste optique (2)</b>		
<b>Monture + 2 verres simples A</b>	60% BR	Ss+350€
<b>Monture + 2 verres complexes B</b>	60% BR	Ss+400€
<b>Monture + 2 verres très complexes C</b>	60% BR	Ss + 450€
<b>Lentilles remboursées par la Sécurité sociale</b>	60% BR	Ss +200€/an
<b>Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale</b>	Néant	200€/an
<b>Chirurgie correctrice (myopie et presbytie) max 2 yeux/an</b>	Néant	750€/oeil
<b>Appareillage</b>		
<b>Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale</b>	60% ou 100% BR	350% BR
<b>Gros appareillage remboursé par la Sécurité sociale</b>	100% BR	350% BR
<b>Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale</b>	60% BR	150% BR
<b>Cure thermale</b>		
<b>Honoraires médicaux et chirurgicaux</b>	De néant à 70% BR	100% BR
<b>Frais complémentaires non remboursés par la Sécurité sociale</b>	Néant	200 €/an
<b>Prévention et médecines douces</b>		
<b>Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale</b>	Néant	75€/an
<b>Substituts nicotiniques prescrits</b>	Néant ou 65%	Ss + 100€/an
<b>Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale</b>	Néant	150€/an
<b>Acupuncture, chiropractie, diététicien, éthiopathie, ostéopathie (max 5 séances)</b>	Néant	35€/séance
<b>Services</b>		
<b>Prime naissance, doublée en cas de naissance gémellaire</b>	Néant	500€

(1) En cas d'exonération du ticket modérateur, la Sécurité sociale prend en charge 100 % de la base de remboursement des dépenses liées aux soins et traitements.

(2) Prise en charge d'un équipement tous les deux ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. La période de deux ans d'entend de la date d'achat du premier élément composant l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

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

- Soit sur la présentation médicale portant une correction différente de la première
- Soit sur présentation de la dernière prescription médicale 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 l'organisme d'assurance maladie complémentaire. Elle doit être reconnue comme sensiblement différente de l'ancienne par le médecin conseil de la mutuelle.

Les catégories de verres sont définies dans le tableau ci-après.

## Catégories de verres et codes LPP associés

Le décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales classe les verres optiques en 3 catégories (verres unifocaux simples A, verres unifocaux ou multifocaux complexes B et verres multifocaux très complexes C). Le remboursement de la Mutuelle dépend de la catégorie des verres.

Verres		Catégorie de verre	Enfants (moins de 18 ans)		Adultes (18 ans et plus)	
			Codes LPP verres blancs	Codes LPP verres teintés	Codes LPP verres blancs	Codes LPP verres teintés
Unifocaux	Simple	A	2200393 / 2261874	2270413 / 2242457	2259966 / 2203240	2226412 / 2287916
	Complexes	B	2238941 / 2243304	2268385 / 2297441	2212976 / 2280660	2252668 / 2263459
			2243540 / 2273854	2291088 / 2248320	2282793 / 2235776	2265330 / 2295896
			2283953 / 2245036	2219381 / 2206800	2284527 / 2288519	2254868 / 2299523
Multifocaux	Complexes	B	2259245	2264045	2290396	2291183
			2240671	2282221	2227038	2299180
			2238792	2202452		
			2234239	2259660		
	Très complexes	C			2245384	2295198
				2202239	2252042	

Le décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales fixe des plafonds et des planchers pour le remboursement d'un équipement optique (monture et/ou 2 verres) que la mutuelle doit respecter. Les planchers et plafonds dépendent de la catégorie des verres.

Verre 1	Verre 2	Plancher remboursement mutuelle	Plafond remboursement mutuelle
Verre unifocal simple A	Verre unifocal simple A	50€	470€
Verre unifocal simple A	Verre unifocal complexe B	125€	610€
Verre unifocal simple A	Verre multifocal complexe B	125€	610€
Verre unifocal simple A	Verre multifocal très complexe C	125€	660€
Verre unifocal complexe B	Verre unifocal complexe B	200€	750€
Verre unifocal complexe B	Verre multifocal complexe B	200€	750€
Verre multifocal complexe B	Verre multifocal complexe B	200€	750€
Verre multifocal complexe B	Verre multifocal très complexe C	200€	800€
Verre multifocal complexe B	Verre multifocal très complexe C	200€	800€
Verre multifocal très complexe C	Verre multifocal très complexe C	200€	850€

## ANNEXE 4 : FORMULE 4

(Prestations)

- 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. Un forfait exprimé en euros peut s'ajouter au ticket modérateur. Dans ce cas, la limite de remboursement de la grille de prestations correspond au remboursement de la Sécurité sociale augmenté du ticket modérateur et du forfait pris en charge par la mutuelle.
- 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. En cas de modification de ces taux, la part de remboursement de la mutuelle ne sera pas modifiée.
- **Formule solidaire et responsable.**

		Taux SS <sup>(1)</sup>	FORMULE 4 incluant les remboursements SS
<b>Poste Soins Courants</b>			
Consultations & Visites de Généralistes	médecins signataires de l'OPTAM	70% BR	150% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	70% BR	130% BR
Consultations & Visites de Spécialistes	médecins signataires de l'OPTAM	70% BR	200% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	70% BR	180% BR
Actes Techniques Médicaux, Actes De Chirurgie	médecins signataires de l'OPTAM	70% BR	200% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	70% BR	180% BR
Actes d'Imagerie Médicale (radiographie, scanner, IRM, échographie, ...)	médecins signataires de l'OPTAM	70% BR	200% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	70% BR	180% BR
Analyses Médicales & Examens de Laboratoire	médecins signataires de l'OPTAM	60% BR ou 70% BR	150% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	60% BR ou 70% BR	130% BR
Auxiliaires Médicaux		60% BR	200% BR
<b>Poste Hospitalisation Médicale, Chirurgicale,</b>			
Honoraires médicaux et chirurgicaux, Actes Techniques Médicaux, Actes De Chirurgie	médecins signataires de l'OPTAM	80% ou 100% BR	200% BR
	médecins non signataires de l'OPTAM	80% ou 100% BR	180% BR
Frais de Séjour		80% ou 100% BR	200% BR
Forfait sur les actes lourds		Néant	100% Frais réels
Forfait Journalier Hospitalier		Néant	100% Frais réels
Chambre Particulière en MCO illimité		Néant	90€/jour
Chambre Particulière en psychiatrie (max 30j/an)		Néant	90€/jour
Chambre Particulière en Ambulatoire (3 forfaits/an)		Néant	50€
Frais d'accompagnement		Néant	70€/jour
Frais de Transport		65% BR	100% BR
<b>Poste Pharmacie</b>			
Pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité Sociale		65% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité Sociale		30% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité Sociale		15% BR	100% BRt
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale		Néant	70€/an
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale		Néant	70€/an
<b>Poste Dentaire</b>			
Soins dentaires et endodontie		70% BR	100% BR
Inlays – Onlays core avec ou sans clavette		70% BR	450% BR
Prothèses Dentaires remboursées par la Sécurité Sociale		70% BR	450% BR
Prothèses Dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale		Néant	375% BR reconstituée

<b>Couronne transitoire</b>	Néant	60€/acte
<b>Implants Dentaires (max 2 implants/an)</b>	Néant	750€ / implant
<b>Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale</b>	70% ou 100%BR	450% BR
<b>Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale</b>	Néant	350% BR reconstitué
<b>Parodontologie</b>	Néant	250€/an
<b>Poste optique (2)</b>		
<b>Monture + 2 verres simples A</b>	60% BR	Ss+350€
<b>Monture + 2 verres complexes B</b>	60% BR	Ss+400€
<b>Monture + 2 verres très complexes C</b>	60% BR	Ss + 450€
<b>Lentilles remboursées par la Sécurité sociale</b>	60% BR	Ss +200€/an
<b>Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale</b>	Néant	200€/an
<b>Chirurgie correctrice (myopie et presbytie) max 2 yeux/an</b>	Néant	750€/oeil
<b>Appareillage</b>		
<b>Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale</b>	60% ou 100% BR	400% BR
<b>Gros appareillage remboursé par la Sécurité sociale</b>	100% BR	400% BR
<b>Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale</b>	60% BR	200% BR
<b>Cure thermale</b>		
<b>Honoraires médicaux et chirurgicaux</b>	De néant à 70% BR	100% BR
<b>Frais complémentaires non remboursés par la Sécurité sociale</b>	Néant	300 €/an
<b>Prévention et médecines douces</b>		
<b>Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale</b>	Néant	100€/an
<b>Substituts nicotiques prescrits</b>	Néant ou 65%	Ss + 150€/an
<b>Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale</b>	Néant	200€/an
<b>Acupuncture, chiropractie, diététicien, éthiopathie, ostéopathie (max 5 séances)</b>	Néant	45€/séance
<b>Services</b>		
<b>Prime naissance, doublée en cas de naissance gémellaire</b>	Néant	600€

(3) En cas d'exonération du ticket modérateur, la Sécurité sociale prend en charge 100 % de la base de remboursement des dépenses liées aux soins et traitements.

(4) Prise en charge d'un équipement tous les deux ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. La période de deux ans d'entend de la date d'achat du premier élément composant l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

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

- Soit sur la présentation médicale portant une correction différente de la première
- Soit sur présentation de la dernière prescription médicale 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 l'organisme d'assurance maladie complémentaire. Elle doit être reconnue comme sensiblement différente de l'ancienne par le médecin conseil de la mutuelle.

Les catégories de verres sont définies dans le tableau ci-après.

## Catégories de verres et codes LPP associés

Le décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales classe les verres optiques en 3 catégories (verres unifocaux simples A, verres unifocaux ou multifocaux complexes B et verres multifocaux très complexes C). Le remboursement de la Mutuelle dépend de la catégorie des verres.

Verres		Catégorie de verre	Enfants (moins de 18 ans)		Adultes (18 ans et plus)	
			Codes LPP verres blancs	Codes LPP verres teintés	Codes LPP verres blancs	Codes LPP verres teintés
Unifocaux	Simple	A	2200393 / 2261874	2270413 / 2242457	2259966 / 2203240	2226412 / 2287916
	Complexes	B	2238941 / 2243304	2268385 / 2297441	2212976 / 2280660	2252668 / 2263459
			2243540 / 2273854	2291088 / 2248320	2282793 / 2235776	2265330 / 2295896
			2283953 / 2245036	2219381 / 2206800	2284527 / 2288519	2254868 / 2299523
Multifocaux	Complexes	B	2259245	2264045	2290396	2291183
			2240671	2282221	2227038	2299180
			2238792	2202452		
			2234239	2259660		
	Très complexes	C			2245384	2295198
				2202239	2252042	

Le décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales fixe des plafonds et des planchers pour le remboursement d'un équipement optique (monture et/ou 2 verres) que la mutuelle doit respecter. Les planchers et plafonds dépendent de la catégorie des verres.

Verre 1	Verre 2	Plancher remboursement mutuelle	Plafond remboursement mutuelle
Verre unifocal simple A	Verre unifocal simple A	50€	470€
Verre unifocal simple A	Verre unifocal complexe B	125€	610€
Verre unifocal simple A	Verre multifocal complexe B	125€	610€
Verre unifocal simple A	Verre multifocal très complexe C	125€	660€
Verre unifocal complexe B	Verre unifocal complexe B	200€	750€
Verre unifocal complexe B	Verre multifocal complexe B	200€	750€
Verre multifocal complexe B	Verre multifocal complexe B	200€	750€
Verre multifocal complexe B	Verre multifocal très complexe C	200€	800€
Verre multifocal complexe B	Verre multifocal très complexe C	200€	800€
Verre multifocal très complexe C	Verre multifocal très complexe C	200€	850€

## ANNEXE 5 : Cotisations

Les cotisations sont exprimées en euros TTC.

	Formule 1		Formule 2		Formule 3		Formule 4	
	Moins de 40 ans	Plus de 40 ans	Moins de 40 ans	Plus de 40 ans	Moins de 40 ans	Plus de 40 ans	Moins de 40 ans	Plus de 40 ans
<b>Adulte</b>	<b>35,64 €</b>	<b>53,27€</b>	<b>45,26€</b>	<b>67,70€</b>	<b>54,88€</b>	<b>82,13€</b>	<b>73,15€</b>	<b>110,03€</b>
<b>Enfant</b>	<b>24,33€</b>	<b>27,53€</b>	<b>29,14€</b>	<b>33,95€</b>	<b>33,95€</b>	<b>40,36€</b>	<b>40,36€</b>	<b>48,38€</b>



## **ANNEXE 6 : ASSISTANCE A DOMICILE**

### *Convention d'Assistance à Domicile France Métropolitaine et DROM*

#### **Préambule**

La convention d'assistance présentée ci-après, est souscrite par La Mutuelle Intériale Entreprises et Expatriés, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, SIREN 784 647 323, dont le siège social est situé 18 rue Léon Jouhaux, 75010 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 61, rue Taitbout 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 Entreprises et Expatriés 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.

##### **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 de 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.

##### **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 polyopathologies (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, les ascendants ou descendants au 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> 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 La Mutuelle Intériale Entreprises et Expatriés.**

## **1.2 RÉSILIATION**

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par le membre participant de ses contrats souscrits auprès de La Mutuelle Intérieure Entreprises et Expatriés 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 SUBROGATION**

IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions des bénéficiaires contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place des bénéficiaires les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

## **1.4 PRESCRIPTION**

Toutes actions dérivant de la convention d'assistance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1<sup>er</sup> En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;
- 2<sup>e</sup> 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 ce dernier.

La prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- 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 l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée 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.

## **1.5 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES**

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA ASSURANCES afin de mettre en œuvre les garanties d'assistance auxquelles les bénéficiaires peuvent prétendre.

Ces informations seront transmises aux sous-traitants et prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans la mise en œuvre et l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à La Mutuelle Intérieure Entreprises et Expatriés à l'exception des données à caractère médical susceptibles d'être collectées.

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 sera confiée par IMA ASSURANCES.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression des données les concernant.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES.

## **1.6 RÉCLAMATION ET MÉDIATION**

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 NIORT Cedex 9 ou par courriel depuis le site [www.ima.eu](http://www.ima.eu), Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09 ou par mail à l'adresse suivante : [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org).

## **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 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 résidant en France métropolitaine : prise en charge limitée au sein du territoire métropolitain, au train 1<sup>ère</sup> 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 privée, 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 d'assistance 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, 5.1, 5.2 et 6.1 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.

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'événement (sortie d'hospitalisation, immobilisation ou décès).

*Exemple pour la garantie aide-ménagère plafonnée à 10 jours : en cas d'appel le 15<sup>ème</sup> 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, 4.12.2 et 7.1, les prestations devront être exécutées dans un délai de 12 mois suivants l'évènement.

#### **3.2 INFRACTION**

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

#### **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'événements 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 gérontologiques,
- 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).

### 3.5 PROLONGATION DES GARANTIES

Lorsque les prestations mises en œuvre et prises en charge par IMA ASSURANCES prennent fin, IMA ASSURANCES propose aux adhérents 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 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 1<sup>ère</sup> 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.

### 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 par le membre participant ou son conjoint pour garder les enfants\* au domicile (train 1<sup>ère</sup> 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 1<sup>ère</sup> 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.

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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>ère</sup> 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, 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 1<sup>ère</sup> 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, en train 1<sup>ère</sup> 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.

#### **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.

#### **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.

#### **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 l'adhérent 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-ménagère

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 7 : Prime de naissance

La garantie Prime Naissance Filia est une garantie souscrite par :

La Mutuelle Intériale Entreprises et Expatriés soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité inscrite au répertoire Sirène sous le numéro 784 647 323, dont le siège social est 18, rue Léon Jouhaux – 75010 Paris, ci-après dénommée « la Mutuelle »,

Auprès de :

-Intériale, 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.

### **Article 1 - Objet**

La garantie Prime Naissance Filia a pour objet le versement d'une prime aux membres participants de la Mutuelle à l'occasion de la naissance de leur(s) enfant(s) et lors de l'inscription de ce(s) dernier(s) en qualité d'ayant(s) droit.

### **Article 2 - Modalités d'adhésion**

La garantie Prime Naissance Filia est une prestation en inclusion relevant de l'article L. 221-3 du Code de la Mutualité. Elle est indissociable de la garantie frais de santé proposée par la Mutuelle.

Lors de l'accomplissement des formalités d'adhésion à la garantie frais de santé proposée par la Mutuelle, le membre participant fait automatiquement acte d'adhésion à la garantie Prime Naissance Filia.

### **Article 3 - Date d'effet de l'adhésion– Terme de l'adhésion**

#### **I. Date d'effet d'adhésion**

La garantie Prime Naissance Filia étant indissociable de la garantie frais de santé proposée par la Mutuelle, la date d'adhésion à la garantie Prime Naissance Filia dépend en conséquence de la date d'adhésion à la garantie frais de santé proposée par la Mutuelle.

A compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, celle-ci se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

L'adhésion est souscrite pour une durée minimum d'un an et est renouvelée par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

#### **II. Terme de l'adhésion**

L'adhésion à la garantie Prime Naissance Filia cesse de plein droit au jour de la perte de la qualité de membre participant de la Mutuelle pour cause de démission, radiation ou exclusion.

### **Article 4 - Montant de la prime versée**

Le montant de la prime versée dépend de la formule choisie.

Le montant de la prime est doublée en cas de naissance gémellaire.

### **Article 5 - Pièces à fournir pour obtenir le versement de la prime**

Pour obtenir le versement de la prime, le membre participant devra adresser une demande écrite de versement de ladite prime accompagnée d'un justificatif d'inscription de l'enfant en qualité d'ayant droit et d'un certificat de naissance.

### **Article 6 - Cotisation**

La cotisation afférente à la garantie Prime Naissance Filia est incluse dans la cotisation afférente à la garantie frais de santé de la Mutuelle.



## ANNEXE 8 : Réseau de Soins SANTÉCLAIR

### LES SERVICES SANTÉCLAIR

Santéclair est une société de services qui met à disposition des Membres participants de Lamie mutuelle et de ses ayants droit (ci-après dénommés les bénéficiaires) un ensemble de services pour les aider à maîtriser leurs dépenses sur les postes les plus coûteux tels que l'optique, le dentaire, l'audioprothèse et à mieux s'orienter dans le système de soins.

Ce service permet d'avoir accès à des réseaux, à une analyse et du conseil sur des devis émanant de professionnels de santé non partenaires des réseaux, et à des applications internet disponibles sur l'espace adhérent.

Ces services sont proposés et gérés par notre partenaire Santéclair. Ils peuvent évoluer à tout moment.

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 Nanterre sous le numéro 428 704 977.

### SERVICES SANTÉCLAIR : ce que vous devez savoir

#### I. Accès à des réseaux

Les réseaux sont : opticiens, chirurgiens-dentistes, 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 diététiciennes, les ostéopathes et chiropracteurs).

#### Un réseau de 3 300 opticiens qui vous offre :

- des tarifs préférentiels et des services privilégiés,
- des prix calculés au plus juste pour les verres ou des traitements particuliers (durcis, anti-reflet, teintés...), jusqu'à 40 % moins cher par rapport aux prix moyens du marché,
- des verres de marque de 3 grands verriers (Carl Zeiss Vision, Essilor, Seiko Optical),
- une remise de 15 % sur les montures, le para-optique et les autres produits du magasin (solaire, basse vision...)
- des tarifs négociés sur les lentilles,
- une garantie casse sans franchise valable 2 ans sur les montures et les verres (1 fois maximum par élément),
- une garantie « satisfait ou échangé » valable 3 mois,
- un bilan visuel systématique en cas de renouvellement des lunettes,
- une offre sans reste à charge dénommée « OFFRECLAIR » chez tous les opticiens partenaires.
- un engagement sur des offres de 2ème paire de qualité à prix négociés.

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.

#### Un réseau dentaire composé de 2 600 chirurgiens-dentistes, d'orthodontistes, de stomatologues qui propose :

- des tarifs négociés sur les actes prothétiques (15% à 20% inférieurs aux prix du marché), des tarifs négociés selon le lieu d'exercice du dentiste et la provenance de fabrication de la couronne,
- des tarifs négociés sur des traitements de prévention tels que la parodontologie (soins des gencives) et l'esthétique (blanchiment), des conseils et des informations sur les règles d'hygiène,
- le certificat de traçabilité de la prothèse sur simple demande du bénéficiaire.

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.

#### Un réseau de 50 chirurgiens-dentistes qualifiés en implantologie dentaire:

- des tarifs négociés jusqu'à 40% inférieurs aux prix moyens 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 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 de 750 audioprothésistes qui permet de bénéficier :

- De tarifs négociés sur l'intégralité des gammes d'appareils auditifs à des prix environ 35 % inférieurs à ceux du marché permettant de diviser par 2 votre reste à charge,
- D'une garantie panne de 4 ans gratuite,
- De 0 €\* de reste à charge sur les piles,
- \*Pour un équipement standard sur la base de l'utilisation d'une pile par semaine par équipement et du remboursement du forfait par la Sécurité sociale.
- 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 2 semaines,
- 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,

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

#### Un réseau de 375 diététiciennes qui propose :

- 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.

#### Un réseau de 350 ostéopathes et chiropracteurs :

- 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).

Enfin, vous bénéficiez de conseils du service Santéclair même si vous consultez un praticien qui n'est pas partenaire du réseau Santéclair.

## II. Analyse de devis

Santéclair propose son service d'analyse de devis.

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. Sur simple demande, ces spécialistes font l'analyse à partir du devis écrit et détaillé émis par le praticien que vous avez choisi. Cet avis vous est donné sous 72 heures, soit par courrier soit par téléphone selon le résultat de l'analyse.

## III. Applications Internet

Santéclair propose également des applications Internet mises à disposition des bénéficiaires dans l'espace adhérent :

- **Géocclair** : l'outil de géolocalisation des professionnels de santé partenaires Santéclair (opticiens, dentistes, audioprothésistes, diététiciennes, chirurgiens-dentistes qualifiés en implantologie dentaire, ostéopathes, chiropracteurs, et centres d'ophtalmologie).
- **Les conseils sur l'automédication** : l'application permet de continuer à pratiquer l'automédication en toute tranquillité,
- **OWIH** : l'Outil Web d'Informations Hospitalières qui permet à l'assuré via 3 entrées d'obtenir le meilleur rapport qualité/prix pour un acte chirurgical ou obstétrical donné ainsi que l'accès aux palmarès des meilleurs établissements en chirurgie obstétrique et cancérologie.
- **Linecoaching** : une application de coaching nutrition qui permet 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.
- **Therasomnia** : une application de coaching sommeil pour retrouver naturellement le sommeil en 3 mois avec l'aide d'experts psychologues.

## IV. Partenariats

Partenariat avec 2 sites internet de vente d'optiques :

- [www.happyview.fr](http://www.happyview.fr) : pour les lunettes
- Garantie casse offerte pendant 1 an (à cocher lors de votre commande) et ligne téléphonique dédiée
- [www.lentilles-moins-cheres.com](http://www.lentilles-moins-cheres.com) : pour les lentilles
- Frais de port offerts et traitement des commandes en priorité (pour les colis standards, en point retrait ou à domicile, hors livraison express ou 24h).

CODE PROMO INT2013759

Le code promo indiqué est valable pour ces deux partenariats.

- **Partenariat avec des centres d'ophtalmologie** : consultations à dépassements d'honoraires modérés dans un délai de 48h à 2 semaines, avec prise de rendez-vous via Géocclair, 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.

***La Mutuelle Intérieure Entreprises et Expatriés***

*18, rue Léon Jouhaux - 75010 PARIS*

