

NOTICE D'INFORMATION

Contrat collectif à adhésion facultative

Garanties frais de santé

*Garanties et services complémentaires
au bénéfice des agents retraités
du ministère de la Justice
et des Établissements publics
et Autorités indépendantes rattachés*

"PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL"

CONTRAT N° : MJU00001RET

Notice d'information établie en application de l'article L.221-6 du Code de la mutualité.
La présente notice d'information prend effet le 1^{er} octobre 2025.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	4
LEXIQUE	4
TITRE I. AFFILIATION AU CONTRAT COLLECTIF	5
Article 1 - Information précontractuelle – Modification du contrat collectif	5
Article 2 - Bénéficiaires	5
Article 3 - Conditions et modalités d'affiliation du membre participant au contrat collectif	5
Article 4 - Faculté de renonciation	6
TITRE II. TERME DES GARANTIES	6
Article 5 - Terme des garanties	6
TITRE III. DENONCIATION DE L'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF	6
Article 6 - Dénonciation de l'adhésion au contrat collectif par le membre participant	6
TITRE IV. DISPOSITIONS DIVERSES	9
Article 7 - Fausse déclaration intentionnelle	7
Article 8 - Fausse déclaration non intentionnelle	7
Article 9 - Subrogation	7
Article 10 - Prescription - Interruption de la prescription	7
Article 11 - Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	8
Article 12 - Réclamations - Médiation	8
Article 13 - Loi applicable - Langue applicable - Monnaie	9
Article 14 - Sanctions internationales	8
Article 15 - Informatique et Libertés	9
Article 16 - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution	9
TITRE V. GARANTIE FRAIS DE SANTE	9
CHAPITRE I - LES PRESTATIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE	9
Article 17 - Objet des prestations	9
Article 18 - Caractère solidaire et responsable de la Garantie Frais de santé	10
Article 19 - Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	10
Article 20 - Limitation des prestations	10
Article 21 - Exclusions	11
Article 22 - Versement des prestations	11
Article 23 - Tiers Payant	11
Article 24 - Modalités de versement des prestations	11
Article 25 - Prestations indument versées	11
Article 26 - Déchéance des droits à prestations	12
CHAPITRE II - GESTION DU REGLEMENT DES SINISTRES	12

TITRE VI. MODALITES DE GESTION	12
CHAPITRE I - LES COTISATIONS AFFÉRENTES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	11
Article 27 - Fixation des cotisations afférentes à la Garantie Frais de santé	12
Article 28 - Périodicité et modalités de règlement des cotisations	12
Article 29 - Non-paiement de la cotisation	12
TITRE VII. GARANTIES ET SERVICES COMPLÉMENTAIRES	9
Article 30 - Assistance santé à domicile et déplacement	13
Article 31 - Réseau de soins ITELIS	13
Article 32 - Téléconsultation médicale et prise de rendez-vous médicaux	13
Article 33 - Service « 2ème avis médical »	13
Article 34 - Service pour les personnes en perte d'autonomie et leur famille « <i>Cette famille</i> »	13
Article 35 - Service « Impulsion santé »	13
TITRE VIII. FONDS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL	13
TITRE IX. FONDS D'AIDE AUX RETRAITÉS	13
Annexe 1 - Prestations	14
Annexe 2 - Cotisations	19
Annexe 3 - Convention d'assistance santé à domicile et déplacement – retraités	20
Annexe 4 - Notice d'utilisation du réseau de soins itelis	35
Annexe 5 - Convention téléconsultation et prise de rendez-vous médicaux	37
Annexe 6 - Notice d'utilisation : Services pour les personnes en perte d'autonomie et leur famille <i>CetteFamille</i>	41
Annexe 7 - Action sociale	42

PRÉAMBULE

Le contrat collectif conclu entre le Ministère de la justice et des établissements publics et autorités indépendantes rattachés (« le Souscripteur ») et **INTÉRIALE*** (« la Mutuelle ») est un contrat collectif à adhésion obligatoire.

* 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.

Le contrat collectif à adhésion facultative est conclu conformément aux dispositions suivantes :

- l'article L.221-2-III-1° du Code de la mutualité ;
- le décret n°2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat ;
- l'arrêté du 30 mai 2022, relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat ;
- l'accord interministériel du 26 janvier 2022, relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat ;
- l'accord du 25 juin 2024 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident pour les personnels du ministère de la justice et des établissements et autorités rattachés ;
- les pièces contractuelles de la consultation « accord cadre relatif pour la protection sociale complémentaire des agents du ministère de la justice et établissements publics rattachés » ;

Le contrat collectif fait partie d'un marché public comprenant un ensemble de 5 contrats collectifs liés entre eux :

- le « premier contrat principal (1) » est le contrat collectif à adhésion obligatoire pour les bénéficiaires actifs pour le socle reprenant le panier de soins issus de l'accord interministériel conclu le 26 janvier 2022. L'adhésion y est donc obligatoire pour les agents actifs du ministère de la Justice ainsi que pour ceux des établissements publics et ceux des autorités indépendantes rattaché ;
- le « second contrat principal (2) » est le contrat collectif à adhésion obligatoire pour les bénéficiaires actifs affectés à l'étranger et à adhésion facultative pour leurs ayants droit. L'adhésion à ce contrat est obligatoire pour tous les agents ainsi affectés, quelle que soit la durée de ce affectation, et à adhésion facultative pour leurs ayants droit ;
- le « contrat accessoire (3) » est le contrat collectif à adhésion facultative concernant les bénéficiaires retraités (ayant le ministère de la Justice ou les établissements publics ou les autorités indépendantes rattachés comme dernier employeur), pour le socle identique au premier contrat principal (1) ;
- le présent contrat, dénommé « contrat accessoire (4) » est le contrat collectif à adhésion facultative concernant les bénéficiaires ayants droit (tant des agents actifs que des retraités), pour le socle identique au premier contrat principal (1) ;

- le « contrat accessoire (5) » est le contrat collectif à adhésion facultative concernant tous les bénéficiaires, pour le régime optionnel comprenant 3 niveaux de garanties.

Les 5 contrats sont liés :

- Le second contrat principal (2) et les contrats accessoires (3), (4) et (5) n'existent que si le premier contrat principal (1) existe. Ainsi, si le contrat principal est résilié ou est modifié, alors le second contrat principal (2) et les contrats accessoires (3), (4) et (5) sont résiliés ou sont modifiés

La présente notice a pour objet de définir les conditions et modalités selon lesquelles la Mutuelle assure une couverture des frais de santé, intitulée « Garantie frais de santé », ainsi que des garanties et services complémentaires, au bénéfice de l'ensemble des agents actifs du Souscripteur.

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

LEXIQUE

Au sein de la présente notice :

- Le terme « Souscripteur » désigne le ministère de la Justice et les établissements publics et autorités indépendantes suivants :

- Ecole nationale de la magistrature (ENM) ;
- Ecole nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP) ;
- Agence publique pour l'immobilier de la justice (APIJ) ;
- Conseil constitutionnel ;
- Grande chancellerie de la Légion d'honneur ;
- Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (AGRASC) ;
- Etablissement public d'exploitation du livre foncier informatisé (EPELFI).

- Le terme « Membre participant » ou « bénéficiaire actif » désigne la personne physique bénéficiant des prestations de la Mutuelle au titre du contrat collectif à adhésion obligatoire auquel elle est affiliée et en ouvre le droit à ses ayants droit. Conformément aux articles 5 et 6 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, la couverture des ayants droit fait l'objet dans le cadre d'un marché public d'un contrat collectif à adhésion facultative distinct.

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

- Le « PMSS » est le Plafond Mensuel de la Sécurité sociale fixé chaque année par arrêté.

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

- Le « Tiers payant » est une disposition particulière prévue à la mise en place du contrat permettant au membre participant de se faire délivrer, sans avance de frais, des produits pharmaceutiques prescrits par ordonnance et pris en charge par la Sécurité sociale ou de ne pas avancer le ticket modérateur pour les dépenses engagées auprès des médecins généralistes et spécialistes, des laboratoires de biologie, des cabinets de radiologie, des auxiliaires médicaux, des dentistes, des opticiens, de centre d'audiologie, des centres de santé et des hôpitaux publics pour les soins externes.

Pour faciliter la lecture du contrat collectif, la Mutuelle invite les membres participants à consulter le Lexique disponible sur le site Internet de la Mutuelle (www.interiale.fr), en ce inclus 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.

TITRE I. AFFILIATION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 1 - Information précontractuelle Modification du contrat collectif

La Mutuelle remet pour le compte du Souscripteur au membre participant ou futur membre participant, avant son affiliation au contrat collectif une notice d'information établie par la Mutuelle qui définit les garanties prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

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

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, la mutuelle pour le compte du Souscripteur est tenue d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice d'information établie à cet effet.

La preuve de la remise de la notice d'information, des Statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe au à la Mutuelle.

La Mutuelle remet également au membre participant les statuts de la Mutuelle ainsi que le règlement intérieur.

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée des engagements de la Mutuelle. Dans ce cas, le Souscripteur et la Mutuelle procéderont à la révision du marché entraînant celle du présent contrat. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

Le contrat accessoires (3) ainsi que le second contrat principal (2) et les contrats accessoires (4) et (5) n'existent que si le premier contrat principal (1) existe. Ainsi, si le premier contrat principal est résilié ou est modifié, alors le présent contrat accessoire (3), le second contrat principal (2) et les contrats accessoires (4) et (5) sont résiliés ou sont modifiés.

Article 2 - Bénéficiaires

Peuvent adhérer au contrat collectif dans les conditions définies par celui-ci, les bénéficiaires retraités relevant du périmètre du Souscripteur, à savoir :

- a) les personnes qui ont la qualité de bénéficiaire actif à la date de sa cessation d'activité pour admission à la retraite ET qui sont titulaires d'une pension de retraite de droit direct :
 - o du régime du code des pensions civiles et militaires de retraite,
 - o du régime de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques mentionné à l'article L. 921-2-1 du code de la sécurité sociale,
 - o du fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat institué par le décret du 5 octobre 2004 susvisé,
 - o ou du régime institué par l'accord interprofessionnel du 17 novembre 2017 instituant le régime AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire.

Leur demande d'adhésion doit être formulée dans le délai d'un an suivant leur cessation d'activité.

- b) les anciens agents publics de l'Etat qui, à la date de souscription par leur ancien employeur d'un premier contrat collectif pour les bénéficiaires retraités, ont cessé leur activité pour être admis à la retraite et auraient rempli les conditions définies à l'alinéa précédent si le contrat avait été souscrit à la date de son admission à la retraite.

Ils peuvent demander à adhérer à ce contrat collectif en qualité de bénéficiaire retraité dans le délai d'un an à compter de la date à laquelle ils sont informés de l'entrée en vigueur du contrat et de la possibilité d'y adhérer.

Les bénéficiaires retraités relevant du périmètre du Souscripteur acquièrent alors la qualité de membre participant de la Mutuelle conformément à l'article L. 221-2 III du Code de la mutualité.

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

a. Formalités d'affiliation au contrat collectif

Les bénéficiaires actifs du Souscripteur, tels que définis à l'article 2.a de la présente notice, doivent s'affilier au contrat collectif et à cet effet fournir les informations et pièces demandées dans le cadre d'un parcours d'affiliation en ligne. L'affiliation du membre participant n'est pas soumise à la complétude d'un questionnaire de santé.

L'affiliation du membre participant emporte acceptation des Statuts et du Règlement intérieur de la Mutuelle, des notices d'information ainsi que des droits et obligations définis au contrat collectif.

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

Sous réserve de la fourniture de tous les documents et informations mentionnés à l'article 3.a ci-dessus, l'adhésion au contrat collectif prend effet :

- soit à la date de prise d'effet du contrat collectif ;
- soit à la date du premier jour du mois qui suit la demande d'adhésion ;

c. Durée de l'affiliation au contrat collectif

L'adhésion au contrat collectif est valable jusqu'au 30 septembre à 24 heures qui suit la date d'adhésion.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} octobre de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf cessation des garanties dans les conditions prévues par les articles 5 et 6 de la présente notice d'information.

Article 4 - Faculté de renonciation

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

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

Exemple de lettre de renonciation :

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

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

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

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

La renonciation par le membre participant à son adhésion au contrat entraîne la renonciation à l'adhésion de ses éventuels ayants droit au contrat n° MJU00001AYD, ainsi que la renonciation à l'adhésion au contrat n° MJU00001OPT relatif aux garanties Frais de santé optionnelles.

TITRE II. TERME DES GARANTIES

Article 5 - Terme des garanties

Les garanties définies par le contrat collectif prennent fin pour le membre participant :

- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme membre participant ;
- à la date du décès du membre participant ;
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion du membre participant au contrat collectif, dans les conditions prévues à l'article 6 de la présente notice d'information ;
- à la date de résiliation du contrat collectif par le Souscripteur ou la Mutuelle ;
- à la date de résiliation du premier contrat principal (1), celle-ci entraînant la résiliation du contrat collectif.

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

TITRE III. DENONCIATION DE L'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 6 - Dénonciation de l'adhésion au contrat collectif par le membre participant

La résiliation de l'adhésion du membre participant sur le contrat entraîne la cessation des droits pour l'ensemble de ses ayants droit bénéficiaires du contrat.

a. Résiliation annuelle

Conformément à l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans, au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat. Pour résilier, le membre participant envoie une notification de résiliation à la Mutuelle selon son choix soit par :

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

L'adhésion du membre participant prend fin à la date d'échéance du contrat suivant la date de réception par la Mutuelle de la notification.

b. Résiliation infra-annuelle

Conformément à l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité, le membre participant peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, dénoncer son adhésion au contrat, sans frais ni pénalités. Pour dénoncer son adhésion, le membre participant envoie une notification de résiliation à la Mutuelle selon les mêmes modalités que celles fixées au a. du présent article.

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

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

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

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

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

Dans le cas où le membre participant souhaite résilier le contrat pour souscrire un nouveau contrat Frais de santé auprès d'un nouvel organisme assureur, celui-ci peut effectuer pour le compte du membre participant souhaitant le rejoindre, les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues ci-dessus.

c. En cas de modification des droits et obligations

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

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

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

TITRE IV. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 7 - Fausse déclaration intentionnelle

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

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

Article 8 - Fausse déclaration non intentionnelle

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

Article 9 - Subrogation

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

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

Article 10 - Prescription - Interruption de la prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

Article 11 - Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

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

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 12 - Réclamations - Médiation

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

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

a. Réclamations

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

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

**Intériale
Centre de Gestion
CS 50005
59040 Lille CEDEX**

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

Si à l'expiration d'un délai de 45 jours, le réclamant n'a pas reçu de réponse, il peut saisir la cellule de recours interne de la Mutuelle :

- soit par email : recoursinterne@interiale.fr ;
- soit, par voie postale, à l'adresse suivante :

**INTÉRIALE – Recours interne
CS 50005 - 59040 Lille cedex**

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

b. Médiation

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

- soit en ligne par internet sur le site dédié www.mediateur-mutualite.fr ;
- soit par voie postale à l'attention de : Madame ou Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.

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

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

Article 13 - Loi applicable - Langue applicable – Monnaie

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

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

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

Article 14 - Sanctions internationales

12.1 Définition

Pour les besoins du présent article, on entend par « **Mesures de Sanctions Internationales** » toutes mesures restrictives financières ou commerciales décidées par un Etat ou une Organisation Internationale / Supranationale, tels que la France, l'Union européenne, les Etats Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, ou l'Organisation des Nations Unies (ONU), à l'encontre d'autres États, de territoires, de personnes physiques, de personnes morales ou d'entités de droit public ou de droit privé.

Ces **Mesures** peuvent notamment prendre les formes suivantes :

- interdictions ou restrictions d'importations ou d'exportations (embargos) ;
- confiscations, saisies, gels de biens ou d'avoirs ;
- interdictions ou restrictions de certaines activités industrielles, commerciales ou de services en particulier financiers dont assurantiels.

Ces **Mesures** sont évolutives tant par leur nature que dans leurs domaines d'application. Elles sont publiques et peuvent être consultées sur les sites internet des Etats et des Organisations précitées.

Ces **Mesures** peuvent interdire à la Mutuelle, d'exécuter les obligations résultant d'un contrat d'assurance telles que :

- couvrir un risque ou ;
- payer une somme d'argent ou fournir une prestation.

14.2. Conséquences des Mesures de Sanctions Internationales sur la Mutuelle

Dans l'exercice de ses activités, la Mutuelle est soumise de plein droit aux législations et réglementations d'ordre public édictées par la France et par l'Union Européenne, notamment dans le domaine des **Mesures de Sanctions Internationales**.

Par ailleurs, le non-respect par la Mutuelle d'autres **Mesures de Sanctions Internationales** peut également exposer cette dernière à des risques de sanctions réglementaires, administratives, civiles, et/ou pénales. Par conséquent, la Mutuelle doit également veiller à la conformité de ses activités avec ces autres **Mesures de Sanctions Internationales**, dont celles édictées par les Etats-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, ainsi que par l'ONU.

14.3. Effets des Mesures de Sanctions Internationales sur l'exécution du contrat

L'existence des Mesures de Sanctions Internationales peuvent entraîner les effets suivants sur l'exécution du contrat :

➔ **Suspension de l'obligation de couverture d'un risque**

L'exécution de l'obligation de la Mutuelle de couvrir un risque en application du contrat d'assurance peut être suspendue, de plein droit et sans formalité, dans la mesure où elle contreviendrait à une ou plusieurs Mesures de Sanctions Internationales.

Cette suspension cesse à compter du jour où lesdites Mesures cessent d'affecter l'obligation de la Mutuelle. Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension mentionnée ci-dessus ne pourra donner lieu à garantie.

→ **Suspension de l'obligation de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation**

L'exécution de l'obligation de la Mutuelle de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation en application du contrat d'assurance peut être suspendue, de plein droit et sans formalité, dans la mesure où elle contreviendrait à une ou plusieurs Mesures de Sanctions Internationales.

Cette suspension s'applique à toute obligation de paiement d'une somme d'argent ou de fournir une prestation, notamment dans le cadre d'un sinistre ou dans le cadre d'un remboursement total ou partiel de cotisations.

L'exigibilité du paiement de la somme d'argent contractuellement due par la Mutuelle est reportée jusqu'au jour où lesdites Mesures de Sanctions Internationales cessent d'affecter l'obligation de la Mutuelle.

Il en est de même, lorsque cela est possible, de la fourniture de la prestation qui avait été ainsi suspendue.

Article 15 - Informatique et Libertés

La Mutuelle et son délégataire de gestion, AXA France Vie (société anonyme au capital de 487.725.073,50 euros, dont le siège est situé 313 Terrasses de l'Arches - 92727 Nanterre et immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 310 499 959), agissent en tant que responsables conjoints du traitement des données personnelles des membres participants et de leurs ayants droit. A ce titre, ils déterminent conjointement les finalités et les moyens du traitement des données.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat. La Mutuelle pourra également utiliser ces informations pour les finalités suivantes : (I) dans le cadre de contentieux, (II) pour la lutte contre la fraude, (III) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (IV) pour se conformer aux obligations légales et réglementaires applicables, (V) pour l'analyse des données collectées afin d'améliorer les produits (recherche et développement), évaluer ou prédire la situation du membre participant (scores d'appétence) et personnaliser le parcours en tant qu'adhérent, pour proposer au membre participant de nouveaux produits ou garanties.

Les bases légales des traitements susmentionnés sont l'exécution du contrat, l'intérêt légitime (I, II, V et VI) et le respect des obligations légales (III, IV). Les données de santé éventuellement collectées seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat.

Les données seront conservées pendant la durée nécessaire à la réalisation de ces finalités, ou conformément aux durées spécifiquement prévues par la CNIL ou la loi.

Elles pourront être communiquées aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, administrations, partenaires ou organismes professionnels habilités ayant besoin d'y accéder pour les opérations susmentionnées. Les données de santé éventuellement collectées ne seront partagées qu'avec des sous-traitants habilités à traiter ces données spécifiques.

La Mutuelle et son délégataire de gestion sont légalement tenus de vérifier que les données du membre participant et de ses ayants droit sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Ils pourront donc solliciter ces derniers pour vérifier ou compléter leurs informations (par exemple en enregistrant un email suite à un courrier électronique).

Le membre participant et ses ayants droit peuvent exercer, chacun pour ce qui le concerne, leurs droits d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité de leurs données, ou définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils peuvent également limiter l'utilisation de leurs données ou s'opposer à leur traitement. En cas d'autorisation expresse pour l'utilisation de certaines données, celle-ci peut être retirée à tout moment, sous réserve que ces données ne soient pas indispensables à l'application du contrat.

Pour exercer leurs droits, le membre participant et ses ayants droit peuvent écrire par email à l'adresse suivante : dpo@interiale.fr ou par courrier à **INTÉRIALE – DPO – 32 RUE BLANCHE – 75009 PARIS**. En cas de réclamation, ils peuvent saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à l'adresse suivante : <https://www.interiale.fr/donnees-personnelles>

Article 16 - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la Mutuelle conformément à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité.

TITRE V. GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

CHAPITRE I - LES PRESTATIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Article 17 - Objet des prestations

La Mutuelle s'engage à rembourser, dans la limite des frais réellement engagés par le(s) bénéficiaire(s) ainsi que dans la limite des pourcentages et des montants fixés par la formule de la Garantie frais de santé à laquelle le membre participant est affilié :

- la part des frais de santé non remboursés par la Sécurité sociale,
- les frais de santé exclus des remboursements de la Sécurité sociale.

Les garanties sont exprimées :

- soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale,
- soit en pourcentage des frais réels ;
- soit exprimées en euros.

Pour les actes faisant l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, les garanties qu'elles soient exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale ou en euros, s'entendent sauf mention contraire, sous déduction des prestations de la Sécurité sociale.

Sont remboursés les soins dont la date figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale est comprise entre le début et la fin de la garantie. Sont également remboursées les prestations, non prises en charge par la Sécurité sociale mais prévues dans les garanties du contrat, pour lesquelles la date indiquée sur la facture est comprise entre le début et la fin de la garantie.

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

Article 18 - Caractère solidaire et responsable de la Garantie Frais de santé

La Garantie Frais de santé proposée au sein du contrat collectif est solidaire.

Par ailleurs, cette Garantie respecte également les règles du contrat responsable définies aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Elle prend en charge :

- l'intégralité de la participation du membre participant sur les tarifs de prise en charge par la Sécurité sociale pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée,
- l'intégralité des dépenses sans reste à charge pour le membre participant pour certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant les plafonds des Prix Limites de Vente et des Honoraires Limites de Facturation conventionnels pour le dentaire.

Elle ne prend pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des DPTAM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisés) au-delà de la limite fixée par décret,
- la majoration de la participation du membre participant et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds),
- les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente des équipements d'optique, d'aides auditives et des Honoraires Limites de Facturation des soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels ;
- le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Elle respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. Elle permet également aux membres participants de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

En outre, le contrat :

- respecte le niveau minimum des garanties d'assurance complémentaire santé défini par l'arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat ;
- reprend l'ensemble des libellés normés et des exemples de remboursement en euros, conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

Article 19 - Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) suivants :

- OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée)
- OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique)

Article 20 - Limitation des prestations

Les frais de soins occasionnés par une maladie, une maternité, ou un accident engagés hors de France métropolitaine et hors DROM et COM ne donnent pas lieu à remboursement.

Si la Sécurité sociale prend en charge les frais engagés hors de France métropolitaine et hors DROM et COM, ceux-ci seront pris en charge par la Mutuelle sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon les garanties prévues au contrat.

Les remboursements ou les indemnisations 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 après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation 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, 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.

En cas de consultation par le membre participant d'un médecin non conventionné avec la Sécurité sociale, la Mutuelle appliquera un remboursement sur la base du tarif d'autorité.

Article 21 - Exclusions

Ne sont pas pris en charge par la Mutuelle :

- les actes référencés ou non par la Sécurité sociale et non remboursés par cet organisme sauf mention aux tableaux de garanties ;
- les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat collectif ou à la date d'effet de l'affiliation des bénéficiaires ;
- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat collectif ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires ;
- la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins prévues par le code de la Sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé.

Article 22 - Versement des prestations

Les prestations sont versées directement au membre participant.

Les délais de versement des prestations frais de santé sont les suivants :

- avec télétransmission : 2 jours ouvrés à compter de la réception du flux Noémie ;
- sans télétransmission : entre 1 et 3 jours ouvrés à compter de la réception de l'ensemble des informations nécessaires ;
- prise en charge hospitalière : entre 0 et 1 jours ouvrés à compter de la réception de l'ensemble des informations nécessaires

Article 23 - Tiers Payant

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

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

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

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

Article 24 - Modalités de versement des prestations

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

- le décompte original ou, à défaut sa copie ou son image électronique, des prestations du régime obligatoire ;
- les originaux des factures des établissements hospitaliers, notes d'honoraires des chirurgiens ;
- les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles ;
- les factures optiques acquittées ;
- pour les lentilles : la prescription médicale datant de moins de 2 ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) pour les lentilles qui ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale et la facture acquittée et détaillée.
- les factures dentaires acquittées ;
- pour l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale : la facture acquittée et détaillée, émise par un professionnel de santé (cachet professionnel, signature et n° ADELI, n° RPPS du praticien) ;
- pour les aides auditives, appareillages et autres prothèses (autres que les prothèses auditives et dentaires) en cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture acquittée ;
- pour les dispositifs achetés au sein de réseau de partenaires, une demande de prise en charge ;
- pour la médecine douce : la facture acquittée et détaillée avec le n° Adeli, le N° RPPS du praticien.
- pour les actes prescrits par un médecin et non remboursés par la Sécurité sociale : la prescription médicale et la facture acquittée et détaillée ;
- pour les actes non prescrits par un médecin et non remboursés par la Sécurité sociale : la facture acquittée et détaillée.

La Mutuelle peut demander au membre participant, si besoin, toute autre pièce ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de la garantie.

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, être adressées dans les 24 mois suivant la date des soins.

Les délais de versement des prestations frais de santé sont les suivants :

- avec télétransmission : 2 jours ouvrés à compter de la réception du flux Noémie ;
- sans télétransmission : entre 1 et 3 jours ouvrés à compter de la réception de l'ensemble des informations nécessaires ;
- prise en charge hospitalière : entre 0 et 1 jours ouvrés à compter de la réception de l'ensemble des informations nécessaires.

Article 25 - Prestations indument versées

En cas de prestations versées indûment à un membre participant 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 26 - Déchéance des droits à prestations

Le membre participant qui, volontairement, utilise des documents inexacts comme justificatifs, use de moyens frauduleux ou fait sciemment des déclarations inexacts ou réticentes à l'occasion d'une demande de versement de prestations est sanctionné par la perte de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause.

CHAPITRE II – GESTION DU RÉGLEMENT DES SINISTRES

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

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

**Intériale
Centre de Gestion
CS 50005
59040 Lille CEDEX**

TITRE VI. MODALITES DE GESTION

CHAPITRE I – LES COTISATIONS AFFÉRENTES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Article 27 - Fixation des cotisations afférentes à la Garantie Frais de santé

Les cotisations du régime de base sont déterminées en application du décret du 22 avril 2022 et ne varient pas en fonction de l'état de santé des bénéficiaires. Elles sont fonction de la cotisation d'équilibre et des cotisations additionnelles décrites ci-après.

a. Cotisation d'équilibre

L'article 14 du décret du 22 avril 2022 pose le principe et les caractéristiques de la cotisation d'équilibre, déterminée pour chaque contrat collectif souscrit pour les bénéficiaires actifs, et définit les cotisations des différents bénéficiaires par référence à cette cotisation d'équilibre.

La cotisation d'équilibre correspond à la somme, rapportée à un bénéficiaire actif :

1. du coût total mensuel du financement des garanties non optionnelles prévues pour l'ensemble des bénéficiaires actifs de ce contrat, qui est appelé cotisation de référence. Cette cotisation de référence équivaut au coût mensuel des garanties pour un bénéficiaire actif multiplié par le nombre de bénéficiaires actifs ;
2. du coût mensuel des dispositifs de solidarité prévus aux articles 22, 25 et 26 du décret du 22 avril 2022.

Le montant de la cotisation d'équilibre est réévalué chaque année.

b. Cotisations additionnelles

Des taux de cotisations destinées à alimenter un fonds d'aide aux retraités et à financer des prestations d'accompagnement social viennent s'ajouter aux cotisations dues par les bénéficiaires agents retraités. Ces taux s'élèvent à la mise

en place du dispositif respectivement à 2% et 0,5% des cotisations Hors Taxes acquittées par les bénéficiaires. Le barème et les conditions d'attribution du fonds d'aide aux retraités seront revus chaque année. Les bénéficiaires devront à cet effet produire chaque année un justificatif de leur qualité de bénéficiaire.

c. Cotisations applicables aux bénéficiaires retraités

Conformément à l'article 17 du décret du 22 avril 2022, les cotisations des bénéficiaires retraités sont fixées, pour chaque contrat collectif, de manière à financer le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties couvertes par ce contrat. Elles peuvent évoluer en fonction de l'âge du bénéficiaire.

Les cotisations des bénéficiaires retraités (hors cotisations additionnelles) seront limitées à 175% de la cotisation d'équilibre du contrat.

L'article 6 de l'arrêté du 30 mai 2022 précise qu'au cours des six années suivant la cessation définitive d'activité du bénéficiaire retraité, le pourcentage de la cotisation d'équilibre auquel est plafonnée la cotisation (hors cotisations additionnelles) acquittée par les bénéficiaires retraités est fixé comme suit :

- au titre de la première année, à 100 % ;
- au titre de la deuxième année, à 125 % ;
- au titre des troisième, quatrième et cinquième années, à 150 %

Les taux indiqués peuvent évoluer en fonction des évolutions réglementaires ou être adaptés par la CPPS (Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi) dans les conditions fixées par l'article 23 du décret du 22 avril 2022.

Au-delà de l'âge de soixante-quinze (75) ans, le montant de la cotisation des bénéficiaires retraités n'évolue plus en fonction de l'âge.

Les cotisations des bénéficiaires retraités sont majorées des cotisations additionnelles.

Les montants des cotisations figurent à l'annexe 2 de la présente notice d'information.

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

Article 28 - Périodicité et modalités de règlement des cotisations

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

La cotisation est acquittée par le membre participant par prélèvement effectué mensuellement sur son compte bancaire. Tout mois commencé est dû.

Article 29 - Non-paiement de la cotisation

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

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

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

TITRE VII. GARANTIES ET SERVICES COMPLÉMENTAIRES

Article 30 - Assistance santé à domicile et déplacement

La Mutuelle fait bénéficier ses membres participants de garanties d'assistance santé à domicile et déplacement assurées par **IMA ASSURANCES**.

Le montant mensuel de la cotisation afférente à l'Assistance santé à domicile et déplacement, de 0,27€ TTC par bénéficiaire, est inclus dans le montant de la cotisation de la Garantie Frais de santé.

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

Article 31 - Réseau de soins ITELIS

La Mutuelle fait bénéficier ses membres participants du Réseau de Soins **ITELIS**, fourni par la société **ISEA**.

Le montant mensuel de la cotisation afférente au réseau de soins, de 0,26€ TTC par bénéficiaire, est inclus dans le montant de la cotisation de la Garantie Frais de santé.

La notice d'utilisation du Réseau de Soins **ITELIS** est reproduite en annexe 4 de la présente notice d'information.

Article 32 - Téléconsultation médicale et prise de rendez-vous médicaux

La Mutuelle fait bénéficier ses membres participants de services de Téléconsultation et de prise de rendez-vous médicaux, dont les accès sont assurés par **IMA Assurances**. Le montant mensuel de la cotisation afférente aux services de Téléconsultation et de prise de rendez-vous médicaux, de 0,06€ TTC par bénéficiaire, est inclus dans le montant de la cotisation de la Garantie frais de santé.

La convention des services de « Téléconsultation médicale et prise de rendez-vous médicaux » est reproduite en annexe 5 de la présente notice d'information.

Article 33 - Service « 2^{ème} avis médical »

La Mutuelle fait bénéficier ses membres participants d'un service de « 2^{ème} avis médical », fourni par la société **CARIANS**, société par actions simplifiée immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 803 657 717, ayant son siège social au 1 Boulevard Pasteur, 75015 Paris.

Le service proposé permet aux bénéficiaires d'obtenir des informations sur une maladie et un second avis auprès de l'un des 300 médecins référents, en moins de 7 jours, après analyse de dossier médical. Le service est accessible depuis le portail Impulsion santé, sur l'espace adhérent de la Mutuelle. Le montant mensuel de la cotisation afférente au service de « 2^{ème} avis médical », de 0,03€ TTC par bénéficiaire, est inclus dans le montant de la cotisation de la Garantie frais de santé.

Article 34 - Service pour les personnes en perte d'autonomie et leur famille « Cette famille »

La Mutuelle fait bénéficier ses membres participants de services pour les personnes en perte d'autonomie et leur famille, fourni par la société **Cannetrotter** (marque commerciale **Cettefamille**).

Le montant mensuel de la cotisation afférente à ce service, de 0,02€ TTC par bénéficiaire, est inclus dans le montant de la cotisation de la Garantie frais de santé.

La notice d'utilisation des services pour les personnes en perte d'autonomie et leur famille est reproduite en annexe 6 de la présente notice d'information

Article 35 - Service « Impulsion santé »

La Mutuelle fait bénéficier ses membres participants affiliés au contrat collectif, du service « Impulsion santé » délivré par Prévention plurielle, mutuelle régie par le livre III du Code de la Mutualité.

Le montant mensuel de la cotisation afférente au service « Impulsion santé », de 0,78€ TTC par bénéficiaire, est inclus dans le montant de la cotisation de la Garantie frais de santé.

TITRE VIII. FONDS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Conformément à l'accord interministériel du 26 janvier 2022, des prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires du contrat sont prévues. Lesdites prestations d'accompagnement social sont déterminées par la Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi (CPPS) et attribuées en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires.

TITRE IX. FONDS D'AIDE AUX RETRAITÉS

Conformément à l'accord interministériel du 26 janvier 2022, un fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités est créé. Cette commission détermine un barème de prise en charge d'une part des cotisations des bénéficiaires retraités.

ANNEXE 1 – PRESTATIONS

	Taux de remboursement Sécurité sociale	Remboursement Sécurité sociale + Panier de soins Accord interministériel
HOSPITALISATION		
Honoraires		
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	80 % BR	150 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	80 % BR	130 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾		
Forfait journalier hospitalier	Néant	100 % Frais Réels
Forfait hospitalier et frais de séjour		
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	Néant	100 % Frais Réels
Frais de séjour	80 % BR	100 % Frais Réels
Chambre Particulière		
Court séjour et maternité	Néant	50 € / nuit
Soins de suite	Néant	40 € / nuit
Psychiatrie	Néant	45 € / nuit
Ambulatoire	Néant	25 € / nuit
Frais d'accompagnant		
Etablissement conventionné	Néant	38,50 € / nuit
Etablissement non conventionné	Néant	25 € / nuit
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations / Visites de médecins généralistes		
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	100 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	100 % BR
Consultations / Visites de médecins spécialistes		
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	150 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	130 % BR
Actes techniques médicaux		
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	150 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	130 % BR
Actes d'imagerie médicale		
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	130 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux		
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60 % BR	100 % BR
Masseurs-kinésithérapeutes	60 % BR	130 % BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de laboratoire	60 % BR	100 % BR
Médicaments		
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	65 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	30 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	15 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	Néant	70 € / an
Matériel médical		
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	60 % BR ou 100 % BR	200 % BR
Frais de transport en véhicule sanitaire		
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	55 % BR	100 % BR

ANNEXE 1 – PRESTATIONS

DENTAIRE	Taux de remboursement Sécurité sociale	Remboursement Sécurité sociale + Panier de soins Accord interministériel
		Remboursement intégral
Soins et prothèses «100% Santé» ⁽²⁾ 	60 % BR	
Soins (hors 100 % Santé)		
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	60 % BR	100% BR
Prothèses (hors 100 % Santé)		
Panier Maîtrisé ⁽³⁾		
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	60 % BR	375 % BR
Prothèses amovibles	60 % BR	375 % BR
Prothèses provisoires	60 % BR	375 % BR
Inlay Core	60 % BR	375 % BR
Inlays onlays d'obturation	Néant ou 60 % BR	150 % BR
Panier Libre ⁽⁴⁾		
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Néant ou 60 % BR	Dent Visible ⁽⁵⁾ : 300 % BR - Dent non visible ⁽⁵⁾ : 250 % BR
Prothèses amovibles	Néant ou 60 % BR	Dent Visible ⁽⁵⁾ : 300 % BR - Dent non visible ⁽⁵⁾ : 250 % BR
Prothèses provisoires	Néant ou 60 % BR	300 % BR
Inlay Core	60 % BR	200 % BR
Inlays onlays d'obturation	60 % BR	125 % BR
Implantologie		
Implants	Néant	500 € / implant (limite 2 implants / an)
Couronne sur implant	Néant	200 € / couronne (limite 2 couronnes / 2 ans)
Orthodontie		
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	250 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	Néant	400 € / semestre

ANNEXE 1 – PRESTATIONS

OPTIQUE

Equipements «100% Santé» ⁽⁶⁾ 

Monture et verres
Prestations d'appairage et d'adaptation
de la correction visuelle

Taux de remboursement
Sécurité sociale

Remboursement
Sécurité sociale
+ Panier de soins
Accord interministériel

60 % BR

Remboursement intégral
1 équipement / 2 ans

Equipements à tarifs libres

Monture

60 % BR

50 €

Verres

60 % BR

CF. grille optique

Autres prestations optique

Lentilles prescrites prises ou non prises en charge
par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables

Néant ou 60 % BR

100 € / an

Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)

Néant

400 € / œil

Grille Optique

Type de verre (Remboursement par verre)

Verre unifocal, sphérique

Sphère de - 6 à + 6

60 % BR

60 €

Sphère de < 6 ou Sphère > 6

60 % BR

110 €

Verre unifocal, sphéro-cylindrique

Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0

60 % BR

60 €

Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6

60 % BR

60 €

Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6

60 % BR

110 €

Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6

60 % BR

110 €

Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0

60 % BR

110 €

Verre multifocal ou progressif sphérique

Sphère de - 4 à + 4

60 % BR

150 €

Sphère < - 4 ou > + 4

60 % BR

200 €

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique

Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0

60 % BR

150 €

Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8

60 % BR

150 €

Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0

60 % BR

200 €

Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8

60 % BR

200 €

Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8

60 % BR

200 €

ANNEXE 1 – PRESTATIONS

AIDES AUDITIVES

Equipements «100% Santé» ⁽⁷⁾ 		60 % BR	Remboursement intégral 1 aide auditive / oreille / 4 ans
Equipements à tarifs libres			
Aide auditive prescrite par oreille - bénéficiaire de 20 ans et moins ou atteint de cécité	Renouvellement de l'équipement : 1 aide auditive / oreille / 4 ans	60 % BR	1 400 € / oreille
Aide auditive prescrite par oreille - bénéficiaire de plus de 20 ans		60 % BR	800 € / oreille
Accessoires (dont piles)		60 % BR	100 € / an

AUTRES POSTES

Cures thermales acceptées par la Sécurité Sociale

Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	Néant ou 100 % BR	100 € / an
---	-------------------	------------

Médecines additionnelles et de prévention

Médecine douce

Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	Néant	2 séances / an (limite 40 € / séance)
--	-------	---------------------------------------

Psychologue

Psychologue	Néant	4 séances / an (limite 30 / séance)
-------------	-------	-------------------------------------

Actes refusés par la Sécurité sociale

Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	Néant	80 € / an
Contraception, tests de grossesse	Néant	80 € / an
Forfait maternité	Néant	-

Prévention

Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	Néant ou 100 % BR	183 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	60 % BR à 70 % BR	100 % BR

BR : Base de Remboursement

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

PLV : Prix Limite de Vente

(1) A l'exception du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

(2) Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévus à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale.

(3) Prothèses à tarifs maîtrisés : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les «Soins et prothèses 100% Santé» dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévus à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale.

(4) Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale.

(5) Définition de la Sécurité sociale : dent visible = incisive, canine, 1ère prémolaire et 2ème prémolaire. Dent non visible = molaires.

(6) Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appariage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis par l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale.

(7) Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L.165-3 du code de la Sécurité sociale.

VOS GARANTIES VERRES EN DÉTAIL DANS LE RÉSEAU itelis

Si vous allez chez un opticien partenaire du réseau **ITELIS**,

- Vous n'avez pas de reste à charge sur les verres de marque dont les caractéristiques sont indiquées dans le tableau ci-dessous ;
- Vous bénéficiez de tarifs négociés et de verres de qualité même si vous choisissez un autre type de verre que celui de la sélection. Dans ce cas, vous aurez à votre charge l'éventuelle différence de prix entre le prix du verre choisi et le prix du verre ci-dessous.

Si vous vous rendez chez un opticien non partenaire du réseau **ITELIS**, vous ne bénéficiez pas de tarifs négociés et votre garantie est limitée aux montants ci-dessous en fonction de votre défaut visuel et de votre niveau de correction, pour chacun des verres unifocaux et multifocaux dont les caractéristiques varient selon les opticiens.

GRILLE OPTI sans reste à charge sur les verres décrits ci-dessous chez les Opticiens partenaires ITELIS				
Types de verres et corrections visuelles	Garanties	Verres de marque exclusivement		Avantages Réseau ITELIS (cf. notice d'information)
	Remboursement par verre	Niveau d'aminci	Descriptif des verres UNIFOCAUX	
Verre unifocal sphérique				
Sphère de - 6 à + 6 (Verre simple) Sphère [-2 ; +2] Cyl 0 Sphère [-4 ; -2] ou [+2 ; +4] Cyl 0 Sphère [-6 ; -4] ou [+4 ; +6] Cyl 0	60 €	Standard Amincis Très Amincis		
Sphère < 6 ou Sphère > 6 (Verre complexe) Sphère [-2 ; +2] Cyl 0 Sphère [-4 ; -2] ou [+2 ; +4] Cyl 0	110 €	Amincis Très Amincis		
Verre unifocal sphéro-cylindrique	Remboursement par verre	Niveau d'aminci		
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0 (Verre simple) Sphère [-2 ; 0] Cyl 0 ; +4] Sphère [-4 ; -2] Cyl 0 ; +4] Sphère [-6 ; -4] Cyl 0 ; +4]	60 €	Standard Amincis Très Amincis	Traitement contre les rayures Traitement antireflet et anti UV Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture	Garantie Casse illimitée (adultes et enfants) sur les verres et les montures, sans franchise pour le 1^{er} remplacement puis avec franchise évolutive pour les remplacements suivants Garantie Dépannage 24H Paire solaire à la vue à 1€ TTC
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6 (Verre simple) Sphère > 0 et Sphère + Cylindre [0 ; +2] Sphère > 0 et Sphère + Cylindre [+2 ; +4] Sphère > 0 et Sphère + Cylindre [+4 ; +6]	110 €	Standard Amincis Très Amincis		
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6 (Verre complexe) Sphère > 0 et Sphère + Cylindre [+6 ; +8] Sphère > 0 et Sphère + Cylindre > +8	110 €	Ultra Amincis Ultra Amincis		
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6 (Verre complexe) Sphère [-6 ; -8] Cyl 0 ; +4] Sphère [-8 ; -6] Cyl > +4 Sphère < -8 Cyl > 0	110 €	Ultra Amincis Ultra Amincis Ultra Amincis		
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0 (Verre complexe) Sphère [-6 ; 0] Cyl > + 4	110 €	Ultra Amincis		

GRILLE OPTI sans reste à charge sur les verres décrits ci-dessous chez les Opticiens partenaires ITELIS				
Types de verres et corrections visuelles	Garanties	Verres de marque exclusivement		Avantages Réseau ITELIS (cf. notice d'information)
	Remboursement par verre	Niveau d'aminci	Descriptif des verres UNIFOCAUX	
Verre multifocal ou progressif sphérique				
Sphère de - 4 à + 4 (Verre complexe) Sphère [-2 ; +2] Cyl 0 Sphère [-4 ; -2] ou [+2 ; +4] Cyl 0	150 €	Standard Amincis	Verre Progressif Optimisé* Traitement contre les rayures Traitement antireflet et anti UV Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture	Garantie Casse illimitée (adultes et enfants) sur les verres et les montures, sans franchise pour le 1^{er} remplacement puis avec franchise évolutive pour les remplacements suivants Garantie Dépannage 24H Paire solaire à la vue à 1€ TTC
Sphère < - 4 ou > + 4 (Verre hypercomplexe) Sphère [-6 ; -4] ou [+4 ; +6] Cyl 0 Sphère [-8 ; -6] ou [+6 ; +8] Cyl 0 Sphère < -8 ou > +8 Cyl 0	200 €	Très Amincis Très Amincis Ultra Amincis		
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	Remboursement par verre	Niveau d'aminci		
Cylindre ≤ + 4, sphère (Verre complexe) Sphère [-2 ; 0] Cyl 0 ; +4] Sphère [-4 ; -2] Cyl 0 ; +4] Sphère [-6 ; -4] Cyl 0 ; +4] Sphère [-8 ; -6] Cyl 0 ; +4]	150 €	Standard Amincis Très Amincis Très Amincis	*Verre progressif permettant d'avoir un champ de vision élargi, améliorant le confort visuel quotidien et facilitant l'adaptation des verres	
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8 (Verre complexe) Sphère > 0 et Sphère + Cylindre [0 ; +2] Sphère > 0 et Sphère + Cylindre [+2 ; +4] Sphère > 0 et Sphère + Cylindre [+4 ; +6] Sphère > 0 et Sphère + Cylindre [+6 ; +8]	150 €	Standard Amincis Très Amincis Très Amincis		
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0 (Verre hypercomplexe) Sphère [-8 ; 0] Cyl > + 4	200 €	Ultra Amincis		
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8 (Verre hypercomplexe) Sphère > + 8 Cyl > 0	200 €	Ultra Amincis		
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8 (Verre hypercomplexe) Sphère < - 8 Cyl > 0	200 €	Ultra Amincis		

ANNEXE 2 – COTISATIONS

Tarifs TTC mensuels, en euros

L'ancienneté des retraités s'apprécie au 1^{er} janvier de chaque année.

1^{ère} année : entre 0 et 11 mois inclus d'ancienneté à la retraite

2^{ème} année : entre 12 et 23 mois inclus d'ancienneté à la retraite

De la 3^{ème} à la 5^{ème} année : entre 24 et 59 mois inclus d'ancienneté à la retraite

6^{ème} année : « ancienneté à la retraite égale ou supérieure à 60 mois

Régime général

Taux de cotisation en % de la cotisation d'équilibre des agents actifs	Cotisation du bénéficiaire	Cotisation additionnelle fonds d'aide aux retraités*	Cotisation additionnelle fonds d'accompagnement sociale**	Cotisation globale
1 ^{ère} année : 100 % de la cotisation d'équilibre	75,24 €	1,33 €	0,33 €	76,90 €
2 ^{ème} année : 125 % de la cotisation d'équilibre	94,05 €	1,66 €	0,42 €	96,13 €
De la 3 ^{ème} à la 5 ^{ème} année : 150 % de la cotisation d'équilibre	112,86 €	1,99 €	0,50 €	115,35 €
6 ^{ème} année : 175 % de la cotisation d'équilibre	131,67 €	2,32 €	0,58 €	134,57 €

Régime Alsace-Moselle

Taux de cotisation en % de la cotisation d'équilibre des agents actifs	Cotisation du bénéficiaire	Cotisation additionnelle fonds d'aide aux retraités*	Cotisation additionnelle fonds d'accompagnement sociale**	Cotisation globale
1 ^{ère} année : 100 % de la cotisation d'équilibre	49,65 €	0,88 €	0,22 €	50,75 €
2 ^{ème} année : 125 % de la cotisation d'équilibre	62,06 €	1,10 €	0,27 €	63,43 €
De la 3 ^{ème} à la 5 ^{ème} année : 150 % de la cotisation d'équilibre	74,48 €	1,32 €	0,33 €	76,13 €
6 ^{ème} année : 175 % de la cotisation d'équilibre	86,89 €	1,53 €	0,38 €	88,80 €

** cotisation additionnelle en euros égale à 2 % de la cotisation d'équilibre

*** cotisation additionnelle en euros égale à 0,5 % de la cotisation d'équilibre

ANNEXE 3 – CONVENTION D'ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE ET DÉPLACEMENT – RETRAITÉS

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	22
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	22
TERRITORIALITÉ	22
PIÈCES JUSTIFICATIVES	22
ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE	23
1. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ASSISTANCE SANTÉ	23
1.1 Faits générateurs	23
1.2 Intervention	23
1.2.1 Délai de demande d'assistance	23
1.2.2 Application des garanties	23
2. ACCOMPAGNEMENT DÈS LA SOUSCRIPTION	24
2.1 Informations juridiques	24
2.2 Accompagnement budgétaire	24
2.3 Aide aux démarches administratives	24
3. GARANTIE D'ASSISTANCE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE	24
3.1 Soutien psychologique	24
4. GARANTIES D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE OU PROGRAMMÉE ET/OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPREVUE	24
4.1 Aide a domicile ou auxiliaire de vie	24
4.2 Présence d'un proche	25
4.3 Services de proximité	25
4.4 Transport aux rendez-vous médicaux et paramédicaux	26
4.5 Prise en charge des animaux domestiques	26
4.6 Prise en charge des ascendants	26
5. EN CAS DE DÉCÈS	26
5.1 Aide a domicile ou auxiliaire de vie	26
5.2 Déplacement d'un proche au domicile du bénéficiaire	27
5.3 Avance de fonds	27
5.4 Prise en charge des ascendants	27
5.5 Prise en charge des animaux domestiques	27
ASSISTANCE DÉPLACEMENT	27
6. GARANTIES EN CAS DE DEPLACEMENT	27
6.1 Faits générateurs	27
6.2 Assistance aux personnes	27
6.2.1 Rapatriement médical	27
6.2.2 Attente sur place d'un accompagnant	28
6.2.3 Prolongation de séjour pour raisons médicales	28
6.2.4 Voyage aller-retour d'un proche	28
6.3 Frais médicaux a l'étranger	28
6.4 Frais de secours en montagne	29

7. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES	29
7.1 Fausse déclaration	29
7.2 Force majeure	29
7.3 Refus du bénéficiaire	29
7.4 Exclusions	29
8. VIE DU CONTRAT	31
8.1 Durée des garanties	31
8.2 Résiliation	31
8.3 Prescription	31
8.4 Sanctions internationales	31
8.5 Protection des données personnelles	32
8.6 Réclamation et médiation	33
DÉFINITIONS	34

PRÉAMBULE

La convention d'assistance présentée ci-après, propose des garanties d'assistance santé à domicile aux membres participants ayant un contrat « Assistance santé à domicile et déplacement » auprès d'**INTÉRIALE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 775 685 365 dont le siège social est situé 32 rue Blanche, 75009 Paris.

Les garanties d'assistance sont assurées par **IMA ASSURANCES**, société anonyme au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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



TERRITORIALITÉ

Les garanties d'assistance s'appliquent en France Métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Mayotte, Saint Pierre & Miquelon, Polynésie Française, Nouvelle Calédonie).

Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- Si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine,
- Si le domicile de l'adhérent est situé en outre-mer, le transport est effectué au sein de la collectivité d'outre-mer de résidence de l'adhérent.

Par dérogation :

- Les garanties Décès s'appliquent pour tout décès survenu tant en France qu'à l'étranger.
- Les garanties Déplacement sont accordées pour tout déplacement à but touristique ou professionnel d'une durée inférieure à 90 jours :
- En France à plus de 50km du domicile, à l'exception de la garantie Frais Médicaux à l'étranger, acquise uniquement à l'étranger.
- À l'étranger sans franchise kilométrique.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander tout justificatif utile, notamment la justification médicale de l'évènement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, certificat d'invalidité...) ainsi que l'envoi d'une attestation de l'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.

1. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ASSISTANCE SANTÉ

1.1 Faits générateurs

Les garanties d'assistance Santé s'appliquent en cas :

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue,
- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile,
- d'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée, de survenance ou d'aggravation de perte d'autonomie de l'adhérent ou son conjoint de droit ou de fait ayant un enfant à charge,
- de décès,
- d'évènement traumatisant,

dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2 Intervention

1.2.1 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 4.2 à 4.5, 5, 6.2 à 6.10, 7.2 à 7.9, doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent :

- L'immobilisation au domicile,
- La sortie d'une hospitalisation,
- Le décès.

Passé ce délai, aucune garantie n'est accordée.

Pour la garantie Aide à domicile prévue aux articles 4.1, 6.1, 7.1 le délai de demande d'assistance est de 10 jours à compter de l'immobilisation au domicile, de la sortie d'une hospitalisation ou du décès. Le décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement.

Illustration : en cas d'appel le 8^{ème} jour, la garantie est alors plafonnée à 2 jours.

1.2.2 Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué peut 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. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

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. **IMA ASSURANCES** ne participe 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** apprécie leur prise en charge, sur justificatifs.

IMA ASSURANCES veille à la bonne application des garanties mais ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales et/ou internationales.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par **IMA ASSURANCES** en outre-mer, elles sont prises en charge par **IMA ASSURANCES** dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine. Cette prise en charge est conditionnée à l'accord préalable d'**IMA ASSURANCES** et la présentation par le bénéficiaire de justificatifs.

Les garanties Décès s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de décès et constatées lors de l'évènement.

Les garanties Déplacement s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'évènement.

IMA ASSURANCES ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention d'**IMA ASSURANCES** restent à sa charge (titre de transport, repas ...).

2. ACCOMPAGNEMENT DÈS LA SOUSCRIPTION

2.1 Informations juridiques

IMA ASSURANCES met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h à 19h, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français dans des domaines tels que : famille, santé, droit du travail, retraite, perte d'autonomie, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger...

2.2 Accompagnement budgétaire

IMA ASSURANCES propose d'analyser le budget familial (recettes, dépenses, dysfonctionnement éventuel), de fixer des objectifs pour le rééquilibrer, de réaliser une série de recommandations adaptées à la situation globale de l'adhérent et de son conjoint, de mettre à disposition des fiches pratiques ainsi qu'un livret de compte pour le suivi du budget.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 6 entretiens téléphoniques avec un Conseiller en Economie Sociale et Familiale sur 12 mois.

2.3 Aide aux démarches administratives

Afin d'aider les bénéficiaires dans la rédaction des documents administratifs, **IMA ASSURANCES** met à leur disposition un intervenant compétent à domicile dans la limite de 4 heures maximum, à raison de 2h minimum par intervention, sur 12 mois à l'événement, en complément des informations téléphoniques qu'**IMA ASSURANCES** peut leur avoir apportées par avance.

3. GARANTIE D'ASSISTANCE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

3.1 Soutien psychologique

En cas d'événement ressenti comme traumatisant par l'un des bénéficiaires.

IMA ASSURANCES peut organiser et prendre en charge, selon la situation :

- Pour les bénéficiaires majeurs : jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien et/ou jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.
- Pour les bénéficiaires mineurs : jusqu'à 5 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est mise en œuvre 24h sur 24.

4. GARANTIES D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE ET/OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

4.1 Aide à domicile ou auxiliaire de vie

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible de l'adhérent ou de son conjoint entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours.

En cas d'accident ou de maladie de l'adhérent ou de son conjoint entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours,

Aide à domicile

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

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

Ou

Auxiliaire de vie

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour : actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilité, à la toilette, à l'habillage, à l'alimentation, aux fonctions d'élimination...) et accompagnement au bras.

Le nombre d'heures attribué est évalué par **IMA ASSURANCES** selon la situation et ne peut excéder 10 heures à raison de 1 heure minimum par intervention réparties sur une période maximale de 10 jours (dont 2h pour la venue, si nécessaire, d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'adhérent ou de son conjoint). Ces heures peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Garde de jour entre 8h et 20h hors week-end et jour férié (en dehors de ces plages horaires remboursement sur la base de justificatif dans la limite de 10h).

4.2 Présence d'un proche

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible de l'adhérent ou de son conjoint entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours.

En cas d'accident ou de maladie de l'adhérent ou de son conjoint entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un déplacement aller-retour d'un proche par train 1^{ère} classe ou avion classe économique.

IMA ASSURANCES organise et prend également en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 100 € par nuit.

4.3 Services de proximité

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible de l'adhérent ou de son conjoint entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours.

En cas d'accident ou de maladie de l'adhérent ou de son conjoint entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 10 jours :

» Livraison de médicaments

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à une livraison par évènement. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

» Portage de repas

La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas* ou de les faire préparer par l'entourage.

La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il est proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons. Le prix des repas demeure à la charge de l'adhérent.

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

» Portage d'espèces

- Le transport aller - retour dans un établissement bancaire proche du domicile,
- OU le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, pour un montant maximum de 150 €, lorsque l'adhérent et son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

La garantie est mise en œuvre une fois par évènement.

La somme avancée devra être remboursée à IMA ASSURANCES dans un délai de 30 jours.

» Livraison de courses

La livraison d'une commande ou la mise en œuvre de l'aller/retour en taxi pour récupérer une commande, par semaine lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses. Les frais de livraison sont remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, **IMA ASSURANCES** organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent.

» Coiffure à domicile

Le déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'adhérent ou son conjoint, a besoin de soins de coiffure.

La prise en charge est limitée à un seul déplacement par évènement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent.

4.4 Transport aux rendez-vous médicaux et paramédicaux

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, **IMA ASSURANCES** organise et prend en charge, sur une période maximale de 10 jours, un transport non médicalisé aller et retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km.

4.5 Prise en charge des animaux domestiques

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES prend en charge sur présentation d'un justificatif de paiement, l'une des garanties suivantes :

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

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Elle est limitée à un forfait de 15€ par jour, jusqu'à 150€ TTC maximum, et valable pour une garantie exécutée sur des jours consécutifs.

4.5 Prise en charge des ascendants

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

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

» Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

» Le transfert des ascendants chez un proche

Le déplacement aller - retour des ascendants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

» La garde des ascendants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

5. EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'adhérent, de son conjoint :

5.1 Aide à domicile ou auxiliaire de vie

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible de l'adhérent ou de son conjoint entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours.

En cas d'accident ou de maladie de l'adhérent ou de son conjoint entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours,

Aide à domicile

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

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

Cette garantie est mise en œuvre du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Ou

Auxiliaire de vie

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour : actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilité, à la toilette, à l'habillage, à l'alimentation, aux fonctions d'élimination...) et accompagnement au bras

Le nombre d'heures attribué est évalué par **IMA ASSURANCES** selon la situation et ne peut excéder 10 heures à raison de 1 heure minimum par intervention réparties sur une période maximale de 10 jours (dont 2h pour la venue, si nécessaire, d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'adhérent ou de son conjoint). Ces heures peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Garde de jour entre 8h et 20h hors week-end et jour férié (en dehors de ces plages horaires remboursement sur la base de justificatif dans la limite de 10h).

5.2 Déplacement d'un proche au domicile du bénéficiaire

IMA ASSURANCES organise et prend en charge son déplacement aller-retour par train 1^{ère} classe ou par avion classe économique, ainsi que son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 100 € par nuit.

5.3 Avance de fonds

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.

5.4 Prise en charge des ascendants

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

» Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, pour garder les ascendants au domicile.

» Le transfert des ascendants chez un proche

Le déplacement aller - retour des ascendants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{ère} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

» La garde des ascendants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, **IMA ASSURANCES** organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par **IMA ASSURANCES** selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

5.5 Prise en charge des animaux domestiques

IMA ASSURANCES prend en charge sur présentation d'un justificatif de paiement la garde de l'animal chez un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Elle est limitée à un forfait de 15€ par jour, jusqu'à 150€ TTC maximum, et valable pour une garde de l'animal exécutée sur des jours consécutifs.

ASSISTANCE DÉPLACEMENT

6. GARANTIES EN CAS DE DEPLACEMENT

6.1 Faits générateurs

Les garanties d'assistance Déplacement s'appliquent en cas d'accident ou de maladie d'un bénéficiaire survenu lors d'un déplacement à but touristique ou professionnel d'une durée inférieure à 90 jours, dans les limites géographiques prévues à l'article Territorialité.

6.2 Assistance aux personnes

En cas d'accident ou de maladie lors d'un déplacement

6.2.1 Rapatriement médical

Lorsque le service médical d'**IMA ASSURANCES**, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident du rapatriement et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), **IMA ASSURANCES** organise et prend en charge le retour du patient à son domicile ou dans un hôpital adapté proche de son domicile.

Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis du service médical d'**IMA ASSURANCES**, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé.

Si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, **IMA ASSURANCES** organise et prend en charge le retour des autres bénéficiaires à leur domicile.

Lorsque le rapatriement concerne un enfant de moins de 16 ans non accompagné, **IMA ASSURANCES** organise et prend en charge systématiquement le voyage aller - retour d'un proche, afin qu'il accompagne cet enfant dans son déplacement. Lorsque le voyage d'un proche est impossible, **IMA ASSURANCES** fait accompagner cet enfant par une personne habilitée.

6.2.2 Attente sur place d'un accompagnant

Lorsque le bénéficiaire, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de 10 jours, **IMA ASSURANCES** organise et prend en charge l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement pour 10 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 100€ par nuit.

6.2.3 Prolongation de séjour pour raisons médicales

Lorsque des soins ont été dispensés à un bénéficiaire et qu'il n'est pas jugé transportable vers son domicile par le service médical d'**IMA ASSURANCES**, alors que son état médical ne nécessite pas une hospitalisation, **IMA ASSURANCES** organise et prend en charge son hébergement pour 10 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 100€ par nuit.

6.2.4 Voyage aller-retour d'un proche

Lorsque le bénéficiaire non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 10 jours et qu'il est isolé de tout membre de sa famille, **IMA ASSURANCES** organise et prend en charge le transport aller - retour d'un proche, depuis le pays du domicile ou du lieu de survenance jusqu'à son chevet, ainsi que son hébergement pour 10 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 100€ par nuit.

6.3 Frais médicaux à l'étranger

Le bénéfice de la présente garantie est subordonné à la qualité du bénéficiaire d'assuré auprès d'un régime d'assurance maladie obligatoire ou/et d'un organisme (entreprise, mutuelle, institution de prévoyance...) privé d'assurance maladie à titre principal ou en complément des garanties de l'organisme obligatoire.

À défaut la garantie n'est pas due par **IMA ASSURANCES**.

a) Frais médicaux non liés à une hospitalisation

En cas de maladie ou d'accident du bénéficiaire, **IMA ASSURANCES** prend en charge les frais médicaux liés à une consultation ou des soins ambulatoires, des frais dentaires d'urgence, l'achat de médicaments, selon les modalités et dans la limite du plafond de la garantie stipulés alinéa c) de ce paragraphe.

Une franchise de 30€ (ou l'équivalent dans la monnaie du pays de survenance) est appliquée par événement en l'absence de tiers payant.

b) Frais médicaux liés à une hospitalisation

En cas de maladie ou d'accident entraînant une hospitalisation du bénéficiaire supérieure à 24 heures, **IMA ASSURANCES** prend en charge le montant des frais d'hospitalisation selon les modalités et dans la limite du plafond de la garantie stipulés alinéa c) de ce paragraphe.

c) Application de la garantie, montants et modalités de prise en charge

Cette garantie est valable uniquement en dehors du pays de domiciliation du bénéficiaire.

Le montant de la prise en charge d'**IMA ASSURANCES** est plafonné à un montant total de frais facturé au bénéficiaire par un ou plusieurs établissements hospitaliers, ou professionnels de santé :

- 10 000€ par bénéficiaire et par événement
- 80€ par bénéficiaire et par événement pour les soins dentaires

Ce plafond intègre la part de frais prise en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire et/ou celle prise en charge par tout organisme privé d'assurance maladie intervenant à titre principal ou complémentaire.

La prise en charge d'**IMA ASSURANCES** intervient donc en complément de celles du régime obligatoire ou/et de tout organisme privé d'assurance maladie jusqu'au plafond global de 10 000€.

La garantie peut être mise en œuvre selon deux modalités :

• Avance des frais médicaux par IMA ASSURANCES

En cas d'hospitalisation du bénéficiaire, **IMA ASSURANCES** peut effectuer le règlement des frais médicaux liés à cette hospitalisation directement auprès de l'établissement hospitalier dans la limite du plafond de la garantie. Le bénéficiaire s'engage sans opposition à donner subrogation à **IMA ASSURANCES** qui recouvrera en son nom les montants dus par l'organisme d'assurance maladie obligatoire et/ou l'organisme d'assurance maladie au titre de cette hospitalisation.

IMA ASSURANCES prendra en charge, en complément de ces organismes, la part non prise en charge par ces derniers dans la limite du plafond de la garantie.

En tout état de cause, le bénéficiaire devra supporter l'éventuel reste à charge.

• Paiement des frais médicaux par le bénéficiaire

En cas de frais médicaux non liés à une hospitalisation ou lorsque le bénéficiaire a effectué directement le règlement des frais médicaux auprès de l'établissement hospitalier, il s'engage à opérer, dès son retour dans son pays de domiciliation, toute démarche nécessaire à leur recouvrement auprès de l'organisme d'assurance maladie obligatoire et/ou auprès de l'organisme privé d'assurance maladie concernés et à transmettre à **IMA ASSURANCES** les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus de ces organismes ainsi que les photocopies des notes de soins justifiant des dépenses engagées.

Sur la base des documents présentés, **IMA ASSURANCES** procédera, en complément de ces organismes, au remboursement du bénéficiaire de la part non prise en charge par ces derniers, dans la limite du plafond de la garantie. À défaut, **IMA ASSURANCES** ne peut pas procéder au remboursement.

Dans l'hypothèse où aucun de ces organismes ne prendrait en charge les frais médicaux engagés, **IMA ASSURANCES** rembourse le bénéficiaire des dépenses engagées dans la limite du plafond de la garantie et sous réserve que le bénéficiaire transmette à **IMA ASSURANCES** préalablement les factures originales des frais médicaux et l'attestation de non prise en charge émanant de ces organismes.

En tout état de cause, le bénéficiaire devra supporter l'éventuel reste à charge.

6.4 Frais de secours en montagne

En cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive.

IMA ASSURANCES prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à la structure médicale adaptée, à l'exception des frais de recherche, à concurrence de 160€.

A l'étranger, **IMA ASSURANCES** prend en charge les frais de secours en montagne, qu'ils soient liés ou non à la pratique du ski, à l'exception des frais de recherche, à concurrence de 160€.

7. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES

7.1 Fausse déclaration

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

7.2 Force majeure

IMA ASSURANCES n'est 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, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

7.3 Refus du bénéficiaire

Si le bénéficiaire refuse les garanties proposées par **IMA ASSURANCES**, le bénéficiaire organise dans ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à la situation, **IMA ASSURANCES** étant déchargée de toute obligation. En aucun cas, **IMA ASSURANCES** ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

7.4 Exclusions

EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Ne sont en aucun cas pris en charge par **IMA ASSURANCES** :

Certains frais et dépenses sauf s'ils sont expressément prévus dans la présente convention d'assistance :

- Les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur), de repas, les frais de téléphone et de connexion internet ainsi que les frais de bar, en cas d'hébergement pris en charge par **IMA ASSURANCES** au titre des garanties,
- Les frais engagés par le bénéficiaire de sa propre initiative, sans l'accord préalable de **IMA ASSURANCES**, sauf cas de force majeure,
- Les frais non mentionnés expressément comme donnant lieu à remboursement ou prise en charge et toute dépense pour laquelle le bénéficiaire ne peut produire de justificatif,
- Les frais liés aux excédents de poids de bagages lors d'un rapatriement ou d'un transport de personne.

À quelque titre que ce soit, les conséquences des événements suivants :

- La consommation d'alcool lorsqu'elle est à l'origine de la cause de l'événement, de drogue, et de toute substance stupéfiante mentionnée au code de la Santé Publique ou de tout produit assimilé non prescrit médicalement sauf lorsqu'il s'agit de la mise en œuvre de garanties spécifiquement et expressément prévues,
- Tout effet d'origine nucléaire ou causé par toute source de rayonnement ionisant,
- L'inobservation d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive.

Sont également exclues, les conséquences des situations suivantes :

- Les infractions volontaires à la législation locale en vigueur ou une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,

EXCLUSIONS POUR LES GARANTIES D'ASSISTANCE SANTÉ

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- Les hospitalisations dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gériatriques,
- Les hospitalisations 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,
- Les hospitalisations liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences,
- Les séjours en centre de convalescence,

EXCLUSIONS POUR LES GARANTIES D'ASSISTANCE DÉCÈS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

Les décès par suicide s'ils surviennent moins d'un an à compter de la date d'effet des garanties.

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES EN CAS DE MUTATION PROFESSIONNELLE

Ne donnent pas lieu à l'application de la garantie 8.2 « Nettoyage du domicile quitté » :

- Les mutations professionnelles consécutives à une fermeture ou un déménagement du lieu de travail.
- Les mutations professionnelles consécutives à une formation qui sont considérées comme une « première affectation ».

EXCLUSIONS POUR LES GARANTIES D'ASSISTANCE DÉPLACEMENT

Ne sont en aucun cas pris en charge par **IMA ASSURANCES** :

Certains frais et dépenses :

- Les frais liés aux affections ou lésions n'empêchant pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement et dont le traitement peut être différé à son retour,
- Les frais de repas, les frais de téléphone et de connexion internet ainsi que les frais de bar en cas d'hébergement pris en charge par **IMA ASSURANCES** au titre des garanties,
- Les frais d'achat ou de location d'appareils de climatisation, d'humidificateurs, d'appareils à aérosol et des appareils pour exercices physiques,
- Les dépenses occasionnées par les proches ou les membres de la famille du bénéficiaire pendant sa période d'hospitalisation,
- Les frais résultant de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale,
- Les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple),
- Les frais d'appareillages médicaux et prothèses (dentaires notamment),
- Les frais de séjour en maison de repos, et en centres de rééducation ou maisons de convalescence
- Les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie,
- Les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- Les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination,
- Les frais de bilan de santé et de traitements médicaux ordonnés en France.
- Les frais médicaux qui interviennent dans le pays du domicile du bénéficiaire,
- Les frais de transports primaires, c'est-à-dire les transports sanitaires d'urgence relevant d'une organisation décidée par la puissance publique locale,

- Les frais liés au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles,
- Les frais de cure thermique, d'héliothérapie, d'amaigrissement, de rajeunissement et de toute cure de « confort » ou de traitement à visée esthétique,

Les événements suivants :

- Les rapatriements en rapport avec un état antérieur ayant justifié un premier rapatriement organisé par **IMA ASSURANCES**,
- Les états de grossesse dans le cadre de leur déroulement normal, sauf complication imprévue.

La responsabilité d'**IMA ASSURANCES** ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin, qui auront été préconisés par **IMA ASSURANCES**.

Par ailleurs, **IMA ASSURANCES** intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

La preuve de l'exclusion incombe à **IMA ASSURANCES**.

8. VIE DU CONTRAT

8.1 Durée des garanties

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité du contrat « Assistance santé à domicile » souscrit par l'adhérent auprès d'**INTÉRIALE**.

8.2 Résiliation

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par le membre participant auprès d'**INTÉRIALE** pour tout événement survenu ultérieurement ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit par **INTÉRIALE** auprès d'**IMA ASSURANCES**. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle est menée à son terme par **IMA ASSURANCES**.

8.3 Prescription

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où **IMA ASSURANCES** en a eu connaissance ;
- 2) En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre **IMA ASSURANCES** a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

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

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

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception 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.

8.4 Sanctions internationales

Les garanties/prestations sont suspendues lorsqu'une interdiction de mettre en œuvre une prestation ou de payer une somme d'argent s'impose à **IMA ASSURANCES** du fait d'une mesure restrictive financière ou commerciale décidée par tout État ou une organisation internationale/supranationale à l'encontre d'autres États, de territoires, de personnes physiques, de personnes morales ou d'entités de droit public ou de droit privé.

8.5 Protection des données personnelles

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

- des données relatives à l'identification du souscripteur et, le cas échéant des bénéficiaires du contrat ;
- des données relatives à la situation familiale ;
- des données nécessaires à la souscription et l'application du contrat ainsi qu'au suivi de la relation contractuelle ;
- des informations nécessaires à la mise en oeuvre des prestations d'assistance ;
- des données de localisation des personnes ou des biens : dans ce contexte, un service de géolocalisation du terminal mobile, soumis à l'accord préalable du bénéficiaire, peut être proposé afin de mettre en oeuvre plus efficacement les prestations d'assistance. En tout état de cause, les trajets ne sont pas tracés ;
- des données médicales pour lesquelles le bénéficiaire a donné son consentement lors de la souscription du contrat ou la mise en oeuvre des prestations d'assistance.

Ces données sont utilisées :

- au titre de l'exécution contractuelle pour :
 - o la souscription et la gestion des contrats ;
 - o l'exécution des contrats et en particulier la fourniture des prestations d'assistance ;
 - o l'exercice des recours ainsi que la gestion des réclamations et des contentieux ;
- dans l'intérêt légitime du responsable de traitement, sauf opposition du bénéficiaire aux coordonnées mentionnées après :
 - o l'élaboration de statistiques, d'études techniques et d'analyses marketing, notamment pour optimiser les processus métiers, améliorer l'expérience bénéficiaire en optimisant le parcours client, fournir des offres plus adaptées au marché et suivre la qualité des services rendus ;
 - o les opérations relatives à la gestion clients et notamment le suivi de la relation (ex : passation d'enquête de satisfaction, enregistrement des appels) ;
 - o le lancement de campagnes de prévention (ex : alertes liées à la survenance d'intempéries) ;
- dans le cadre des obligations légales :
 - o la mise en oeuvre de dispositifs en matière de lutte contre la fraude. En cas de détection d'une anomalie, d'une incohérence ou d'un signalement, une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude peut être réalisée ;
 - o la réponse à des demandes officielles émanant d'une autorité publique ou judiciaire dûment habilitée ;
 - o la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. A ce titre, le traitement de surveillance des contrats peut aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la loi en la matière ;
 - o le déploiement de dispositif de lutte contre la corruption ;
 - o la gestion des demandes des droits (accès, opposition...).

Ces données peuvent être transmises ou accessibles aux entités suivantes, ayant besoin d'en connaître et dans la limite de leurs attributions respectives :

- aux distributeurs et prestataires en charge de la gestion du portefeuille client ;
- aux prestataires chargés de l'exécution des prestations d'assistance ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance y compris les autorités pour l'obtention des éventuelles autorisations nécessaires. Certains prestataires d'assistance peuvent avoir la qualité de responsable de traitement ; ils collectent et traitent alors les données personnelles dont ils sont destinataires conformément à leur propre politique de confidentialité ;
- aux sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques ;
- aux entités du **Groupe IMA** intervenant en qualité de sous-traitant pour les finalités visées ci-dessus ;
- aux syndicats et fédérations professionnels pour les opérations pilotées par ou à l'initiative de ces organismes ;
- à Intérieure à des fins de reporting d'activité, à l'exception des éventuelles données médicales et sauf opposition notifiée aux coordonnées ci-dessous.

En outre, elles peuvent faire l'objet d'une mutualisation avec les données d'autres assureurs dans le cadre d'un dispositif professionnel ayant pour finalité la lutte contre la fraude et dont le responsable du traitement est l'**ALFA** (l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance). Les données mutualisées sont les données relatives aux contrats d'assurance automobile et aux sinistres déclarés aux assureurs. Dans ce cadre, les données sont destinées au personnel habilité de l'**ALFA**, ainsi qu'aux organismes directement concernés par une fraude (organismes d'assurance, autorités judiciaires, officiers ministériels, auxiliaires de justice, organismes tiers autorisés par une disposition légale ou réglementaire). Pour l'exercice des droits dans le cadre de ce traitement, le bénéficiaire peut contacter l'**ALFA**, 1 rue Jules Lefebvre, 75431 Paris Cedex 09.

Elles sont susceptibles d'être accessibles depuis des pays tiers à l'Union Européenne dans le cadre d'opérations d'administration et de maintenance informatiques.

Dans le cas où le bénéficiaire fournit des informations sur des tiers, le bénéficiaire s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini au présent article.

Des enregistrements ou double-écoutes sont réalisés sur une partie des appels à destination des services d'assistance dans le cadre de :

- la montée en compétence des collaborateurs ;
- le suivi du conseil et de la qualité de la relation client ;
- la constitution d'éléments factuels exploitables dans le cadre de la prévention et la résolution des litiges, contentieux et précontentieux ;
- la protection des collaborateurs en cas d'agressions verbales et incivilités à leur rencontre ;
- la réalisation d'expérimentations en lien avec les objectifs de management et de suivi de la qualité ainsi qu'autour d'analyses des conversations via des techniques d'intelligence artificielle ;
- la gestion des demandes d'exercice de vos droits ;
- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption.

Ces enregistrements sont destinés aux seules personnes habilitées et sont susceptibles d'être transmis et/ou accessibles par les prestataires techniques intervenant dans la mise en place et l'analyse des conversations téléphoniques. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques. Les enregistrements sont conservés pour une durée de six mois, sauf en cas de contentieux où ils sont conservés pour la durée du contentieux et jusqu'à l'expiration des voies de recours.

Pour les finalités soumises à consentement, le bénéficiaire peut, à tout moment, le retirer auprès du Délégué à la Protection des Données aux coordonnées ci-dessous. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier des services associés.

Dans les conditions prévues par la loi, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité et d'opposition. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, aux coordonnées suivantes : IMA GIE - Direction des Affaires Juridiques – Déléguée à la Protection des Données - 118 avenue de Paris – 79000 Niort – dpo@ima.eu.

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

8.6 Réclamation et médiation

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

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

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

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

DÉFINITIONS

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

- **ACCIDENT CORPOREL**

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

- **ADHÉRENT**

Membre participant ayant souscrit un contrat « Assistance santé à domicile » auprès d'INTÉRIALE.

- **ANIMAUX DOMESTIQUES**

Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), chats, Nouveaux Animaux de Compagnie (lapins, perroquet, perruche, mandarins, canaris, furets, tortues, souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles et écureuils de Corée).

- **BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE**

L'adhérent ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs.

- **CENTRE DE CONVALESCENCE**

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 centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

- **CHIRURGIE AMBULATOIRE**

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

- **CONJOINT**

Epoux/épouse, concubin(e) ou partenaire dans le cadre d'un PACS (Pacte Civil de Solidarité).

- **DOMICILE**

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

- **ENFANTS**

Enfants et petits-enfants sous condition d'âge selon les garanties (enfant handicapé sans limite d'âge), à charge et vivant au domicile de l'adhérent.

- **FRANCE**

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Mayotte, Saint Pierre & Miquelon, Polynésie Française, Nouvelle Calédonie).

- **HOSPITALISATION**

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

- **HOSPITALISATION IMPRÉVUE**

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

- **HOSPITALISATION PROGRAMMÉE**

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.

- **IMMOBILISATION IMPRÉVUE**

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

- **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....

- **PROCHE**

Sont considérés comme des proches : le conjoint, les ascendants ou descendants au 1^{er} ou 2^{ème} degré, les frères et sœurs, beaux-frères et belles sœurs de l'adhérent ou de son conjoint.

1 – DOCUMENT INFORMATIF

Itelis est un prestataire de services qui met à disposition des « Bénéficiaires » un ensemble de services pour les aider à faire des choix éclairés pour leur santé, réduire leurs dépenses de santé et rechercher des professionnels et établissements de santé recommandés.

Itelis peut être amené à faire évoluer son offre de services, cette notice d'information est fournie à titre purement informatif. Elle ne génère aucun engagement contractuel de la part d'Itelis.

2 – BÉNÉFICIAIRES DES SERVICES ITELIS

Les Bénéficiaires des prestations de services d'Itelis (« les Bénéficiaires ») sont les personnes physiques affiliées au contrat collectif du Ministère de la justice et des établissements publics et autorités indépendantes rattachés, assuré par **INTÉRIALE**. Les Bénéficiaires doivent être titulaires d'une carte de tiers-pays valide.

3 – DESCRIPTION DES SERVICES ITELIS

Chaque Bénéficiaire dispose d'un accès à un réseau de professionnels de santé partenaires dans les domaines Optique, Chirurgie Réfractive, Dentaire, Audioprothèse, Ostéopathie, Chiropraxie, Psychologie et Diététique.

Les informations relatives aux professionnels de santé partenaires et aux services proposés sont disponibles au sein de l'espace adhérent **INTÉRIALE**.

A. Réseaux de professionnels de santé partenaires

Le Bénéficiaire bénéficie des services suivants :

1) Après des Opticiens Partenaires :

- Un choix de professionnels multiples (magasins sous enseigne et indépendants) ;
- Des tarifs négociés et préférentiels sur certains équipements d'optique ;
- Un devis clairement défini et chiffré ;
- Un large choix de montures de toutes matières et de toutes formes, des verres aux normes CE provenant de fabricants de marques exclusivement ;
- Des garanties :
 - Une garantie d'adaptation sans franchise de 15 jours pour la monture, de 3 mois pour les verres et de 3 mois pour les lentilles oculaires de contact dont la durée de vie est supérieure ou égale à six mois qu'il y ait eu ou non dispense d'avance de frais ;
 - Une garantie déchirure sans franchise de 3 mois pour les lentilles oculaires souples hydrophiles dont la durée de vie est supérieure ou égale à six mois, qu'il y ait eu ou non dispense d'avance de frais ;
 - Une garantie casse de 2 ans pour la monture et les verres et de 6 mois pour lentilles rigides (un seul changement par élément sur présentation du (des) élément(s) cassé(s), qu'il y ait eu ou non dispense d'avance de frais). Pour les verres ophtalmiques, les rayures sont exclues de la garantie casse. Les équipements détériorés mais non cassés sont exclus de la garantie casse) ;
 - Une garantie dépannage 24H/24 qui permet de mettre à disposition du bénéficiaire une paire de lunettes en vision de près et/ou de loin le temps que l'équipement cassé soit remplacé à l'identique.

Ces garanties concernent les adultes et les enfants :

- o 1^{er} remplacement sans franchise ;
- o 2^{ème} remplacement avec franchise de 30% ;
- o 3^{ème} remplacement et suivant avec une franchise de 60%.
- Une paire de solaire à la vue pour 1€ de plus lors de l'achat de la paire de lunettes principale, l'accueil, les conseils et les compétences techniques de professionnels diplômés d'Etat ;
- Les opérations gratuites d'entretien courant ;
- Le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat.

Services et avantages complémentaires en santé visuelle :

- Une offre en magasin sans reste à charge sur les verres sur la base d'un descriptif de verres décrit au sein des garanties optiques du contrat ;
- Une offre digitale (100% Bien Vu) pour accéder à une offre optique en ligne sans reste à charge (verres et montures) ;
- Le service Opticien à domicile : déplacement d'un camion entièrement équipé sur le lieu choisi par l'adhérent ;
- Une aide à la prise de rendez-vous rapide en centre ophtalmologique.

2) Auprès des Chirurgiens-Dentistes Partenaires :

- Un réseau de professionnels sur toute la France ;
- Des tarifs négociés sur une grille de prestations définies ;
- Un devis clairement défini et chiffré ;
- Une qualité d'accueil, d'écoute et de conseils, notamment en matière de prévention bucco-dentaire ;
- Un confort maximum lors des séances de soins, ainsi que le respect des règles d'hygiène et de sécurité ;
- Le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat.

Services et avantages complémentaires pour la santé bucco-dentaire :

- Aide à la prise de RDV d'urgence auprès d'un chirurgien-dentiste depuis un formulaire sur l'espace adhérent. Itelis contacte 5 praticiens maximum et en cas d'impossibilité à trouver un rendez-vous, Itelis oriente, selon l'offre de soins locale, vers les services d'urgence existant à proximité.

3) Auprès des audioprothésistes partenaires :

- Un réseau d'audioprothésistes sur toute la France ;
- Un large choix de produits aux normes CE provenant de fabricants de marques exclusivement ;
- Des tarifs négociés sur une grille de prestations définies (ou avec des remises) ;
- Une garantie panne gratuite, sans franchise, de 4 ans à compter de la date de facturation sur les aides auditives et les accessoires ;
- Des garanties après-vente (adaptation, déménagement et dépannage en cas de casse, d'inadaptation ou d'utilisation impossible de l'équipement) ;
- Le nettoyage gratuit des aides auditives ;
- Le dépistage non médical de l'audition gratuit ;
- Le tiers-payant à hauteur de la garantie du contrat.

Services et avantages complémentaires pour la santé auditive :

- Une garantie en cas de déménagement : Suivi de l'appareillage de l'aide auditive ou remboursement des prestations de suivi non utilisées selon le modèle suivant :
 - o 40% du prix global facturé en cas de déménagement la 1^{ère} année ;
 - o 32% du prix global facturé en cas de déménagement la 2^{ème} année ;
 - o 24% du prix global facturé en cas de déménagement la 3^{ème} année ;
 - o 16% du prix global facturé en cas de déménagement la 4^{ème} année ;
 - o 8% du prix global facturé en cas de déménagement la 5^{ème} année.

4) Auprès des centres d'ophtalmologie partenaires spécialisés en chirurgie réfractive :

- Un engagement de qualité en relation avec le type de chirurgie (plateaux techniques adaptés, chirurgiens expérimentés, accueil personnalisé) ;
- Des tarifs négociés sur les techniques les plus utilisées.

5) Auprès des ostéopathes et chiropracteurs :

- Une sélection des praticiens sur la base de leurs diplômes ;
- Des tarifs négociés.

6) Auprès des psychologues et diététiciens :

- Une sélection des praticiens sur la base de leurs diplômes.

B. Service Hospiway®

Le bénéficiaire dispose du service **Hospiway®**, service d'informations dans le domaine de la santé, pour vous aider à préparer au mieux votre hospitalisation ou celle d'un proche.

Ce service est disponible sur l'espace adhérent d'**INTÉRIALE**. Il vous propose un volet information et un volet d'accompagnement.

1) Le volet information permet :

- De vous informer sur les établissements de santé français via un Palmarès des Hôpitaux et Cliniques vous permettant d'accéder à un classement des établissements de santé français dans la prise en charge de nombreuses pathologies ;
- De choisir un établissement de santé répondant à vos attentes en consultant le classement national ou en recherchant un établissement dans une zone géographique donnée ;
- D'analyser le devis de votre chirurgien sur la base des actes prévus. Les éventuels dépassements d'honoraires pourront être évalués par rapport à ceux couramment pratiqués sur une zone géographique donnée ;

- De préparer au mieux votre séjour à l'hôpital et votre retour à domicile, ou ceux d'un proche, grâce à une checklist comprenant des conseils pratiques.

2) Le volet accompagnement

Ce second volet dit « Accompagnement » vous permet de consulter des établissements spécialisés en cancérologie dans le cadre d'un second avis médical.

Ce réseau, qui est consultable via l'espace adhérent, est constitué de 18 centres de lutte contre le cancer répartis sur 20 sites.

3) Engagement

Le service **Hospiway®** garantit le respect des intérêts des Bénéficiaires. Le Palmarès des Hôpitaux et Cliniques a été établi sur la base d'une méthodologie comprenant une dizaine d'indicateurs qualitatifs. Le classement des établissements de santé français est effectué par pathologie.

Les informations délivrées et mises à disposition des Bénéficiaires par **Itelis** sur **Hospiway®** sont des indicateurs. Le Bénéficiaire reste seul responsable des décisions prises face à ces indicateurs, en aucun cas la responsabilité d'Itelis ne saurait être engagée pour tout type de préjudice subi par le bénéficiaire après consultation et/ou utilisation du service **Hospiway®**.

4 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

ITELIS s'engage à prendre toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité et la confidentialité de vos données dans les conditions prévues au Règlement UE n°2016-679 du 27 avril 2016 (RGPD) et à la loi « Informatique et Libertés » du 06/01/1978 modifiée.

Lorsqu'Itelis agira en tant que responsable de traitement, vous serez informés quant à l'utilisation de vos données et au moyen d'exercer vos droits au moment de la collecte de ces dernières par Itelis.

ITELIS est une marque d'**ISEA**, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 €, dont le siège est situé Immeuble « Le Diapason » - 218 avenue Jean Jaurès - 75916 Paris cedex 19, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 440 358 471.

ANNEXE 5 – CONVENTION TÉLÉCONSULTATION ET PRISE DE RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	38
1. CONDITIONS D'APPLICATION D'ACCÈS AUX SERVICES	38
2. TÉLÉCONSULTATION	38
3. PRISE DE RENDEZ-VOUS MÉDICAUX	38
4. VIE DU CONTRAT	38
4.1 Durée des services	38
4.2 Résiliation	39
4.3 Prescription	39
4.4 Sanctions internationales	39
4.5 Protection des données personnelles	39
4.6 Réclamation et médiation	40

PRÉAMBULE

La convention présentée ci-après, propose un accès aux services de téléconsultation et de prise de rendez-vous médicaux aux bénéficiaires ayant souscrit un contrat collectif incluant les garanties d'« Assistance à domicile » auprès d'**INTÉRIALE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 775 685 365 dont le siège social est situé 32 rue Blanche, 75009 Paris.

L'accès aux services de téléconsultation et de prise de rendez-vous médicaux est assuré par **IMA ASSURANCES**, société anonyme au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

1 – CONDITIONS D'APPLICATION D'ACCÈS AUX SERVICES

L'accès aux services de téléconsultation et de prise de rendez-vous médicaux s'applique en cas de problématique médicale.

2 – TÉLÉCONSULTATION

IMA ASSURANCES met à disposition des bénéficiaires un site Internet accessible depuis le portail Impulsion santé présent sur l'espace adhérent d'**INTÉRIALE** avec un accès sécurisé et illimité 24h/24 et 7j/7.

Le bénéficiaire, une fois connecté au site précité, peut être mis en relation avec un médecin généraliste ou spécialiste selon son choix, par visioconférence.

Le service de téléconsultation se compose de :

- Un échange en visioconférence avec un médecin,
- Un compte rendu de la téléconsultation, qui peut être envoyé au médecin traitant par le bénéficiaire,
- Une ordonnance, une prescription le cas échéant.

Le nombre de téléconsultations est illimité.

L'accès au service de téléconsultation d'un bénéficiaire de moins de 18 ans ne pourra se faire qu'en présence du parent ou représentants légaux.

Restrictions :

Ce service n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence, il convient d'appeler le 15.

Sont exclus des accès au service de téléconsultation le suivi pour une maladie de longue durée, les prescriptions de prolongation d'arrêt de travail, les prescriptions de certificats médicaux (à l'exception des certificats d'absence pour enfant malade) et les prescriptions de psychotropes, d'anti-douleurs puissants ou soumises à des règles particulières (ex : prescriptions restreintes ou soumises à demande d'accord préalable de l'Assurance Maladie).

3 – PRISE DE RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Le bénéficiaire peut accéder à un service de prise de rendez-vous médical en ligne depuis le portail Impulsion santé présent sur l'espace adhérent d'**INTÉRIALE** avec un accès sécurisé et illimité 24h/24 et 7j/7. Le service permet de prendre un rendez-vous médical avec le médecin, généraliste ou spécialiste, de son choix, à la date et à l'horaire de son choix en fonction des disponibilités du médecin.

Le coût de la consultation reste à la charge du bénéficiaire.

La consultation peut avoir lieu au cabinet du médecin en présentiel, ou en visioconférence.

Dans ce dernier cas, il sera demandé au bénéficiaire de renseigner ses coordonnées bancaires afin d'effectuer une pré-autorisation bancaire du montant de la consultation en visioconférence, en vue de son règlement.

Si cette consultation respecte le parcours de soins coordonnés, elle pourra être prise en charge par les régimes obligatoire et complémentaire santé du bénéficiaire.

Le service est complété par :

- Un service d'informations sur les médicaments (remboursable ou non, posologie, contre-indications, effets indésirables...)
- Un espace « document » sécurisé qui centralise les prescriptions et comptes-rendus délivrés par les professionnels de santé, et permet de stocker tout autre document médical personnel.

4 – VIE DU CONTRAT

4.1 Durée des services

L'accès aux services de téléconsultation et de prise de rendez-vous médicaux s'applique pendant la période de validité du contrat collectif incluant les garanties d'« Assistance santé à domicile » souscrit par les bénéficiaires auprès d'**INTÉRIALE**.

4.2 Résiliation

L'accès aux services de téléconsultation et de prise de rendez-vous médicaux cesse de plein droit en cas de résiliation du contrat collectif souscrit par les bénéficiaires auprès d'**INTÉRIALE** pour tout événement survenu ultérieurement ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit par **INTÉRIALE** auprès d'**IMA ASSURANCES**.

4.3 Prescription

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où **IMA ASSURANCES** en a eu connaissance ;
- 2) En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre **IMA ASSURANCES** a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

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

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

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

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, **IMA ASSURANCES** et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

4.4 Sanctions internationales

Les garanties sont suspendues lorsqu'une interdiction de mettre en œuvre une prestation ou de payer une somme d'argent s'impose à IMA ASSURANCES du fait d'une mesure restrictive financière ou commerciale décidée par tout État ou une organisation internationale/supranationale à l'encontre d'autres États, de territoires, de personnes physiques, de personnes morales ou d'entités de droit public ou de droit privé.

4.5 Protection des données personnelles

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

- des données relatives à l'identification du souscripteur et, le cas échéant des bénéficiaires du contrat ;
- des données relatives à la situation familiale ;
- des données nécessaires à la souscription et l'application du contrat ainsi qu'au suivi de la relation contractuelle ;
- des informations nécessaires à la mise en œuvre de l'accès au service de téléconsultation ;
- des données de localisation des personnes ou des biens : dans ce contexte, un service de géolocalisation du terminal mobile, soumis à l'accord préalable du bénéficiaire, peut être proposé afin de mettre en œuvre plus efficacement l'accès aux services de téléconsultation et de prise de rendez-vous médicaux. En tout état de cause, les trajets ne sont pas tracés ;
- des données médicales pour lesquelles le bénéficiaire a donné son consentement lors de la souscription du contrat ou la mise en œuvre de l'accès aux services de téléconsultation et de rendez-vous médicaux.

Ces données sont utilisées :

- au titre de l'exécution contractuelle pour :
 - o la souscription et la gestion des contrats ;
 - o l'exécution des contrats et en particulier la fourniture d'accès aux services de téléconsultation et de prise de rendez-vous médicaux ;
 - o l'exercice des recours ainsi que la gestion des réclamations et des contentieux ;
- dans l'intérêt légitime du responsable de traitement, sauf opposition du bénéficiaire aux coordonnées mentionnées après :
 - o l'élaboration de statistiques, d'études techniques et d'analyses marketing, notamment pour optimiser les processus métiers, améliorer l'expérience bénéficiaire en optimisant le parcours client, fournir des offres plus adaptées au marché et suivre la qualité des services rendus ;
 - o les opérations relatives à la gestion clients et notamment le suivi de la relation (ex : passation d'enquête de satisfaction, enregistrement des appels) ;
 - o le lancement de campagnes de prévention ;

- dans le cadre des obligations légales :

- o la mise en œuvre de dispositifs en matière de lutte contre la fraude. En cas de détection d'une anomalie, d'une incohérence ou d'un signalement, une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude peut être réalisée ;
- o la réponse à des demandes officielles émanant d'une autorité publique ou judiciaire dûment habilitée ;
- o la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. A ce titre, le traitement de surveillance des contrats peut aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la loi en la matière ;
- o le déploiement de dispositif de lutte contre la corruption ;
- o la gestion des demandes des droits (accès, opposition...).

Ces données peuvent être transmises ou accessibles aux entités suivantes, ayant besoin d'en connaître et dans la limite de leurs attributions respectives :

- aux distributeurs et prestataires en charge de la gestion du portefeuille client ;
- aux prestataires chargés de l'exécution des services ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération y compris les autorités pour l'obtention des éventuelles autorisations nécessaires. Certains prestataires de services peuvent avoir la qualité de responsable de traitement ; ils collectent et traitent alors les données personnelles dont ils sont destinataires conformément à leur propre politique de confidentialité ;
- aux sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques ;
- aux entités du **Groupe IMA** intervenant en qualité de sous-traitant pour les finalités visées ci-dessus ;
- aux syndicats et fédérations professionnels pour les opérations pilotées par ou à l'initiative de ces organismes ;
- à **INTÉRIALE** à des fins de reporting d'activité, à l'exception des éventuelles données médicales et sauf opposition notifiée aux coordonnées ci-dessous.

En outre, elles peuvent faire l'objet d'une mutualisation avec les données d'autres assureurs dans le cadre d'un dispositif professionnel ayant pour finalité la lutte contre la fraude et dont le responsable du traitement est l'**ALFA** (l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance). Les données mutualisées sont les données relatives aux contrats d'assurance automobile et aux sinistres déclarés aux assureurs. Dans ce cadre, les données sont destinées au personnel habilité de l'**ALFA**, ainsi qu'aux organismes directement concernés par une fraude (organismes d'assurance, autorités judiciaires, officiers ministériels, auxiliaires de justice, organismes tiers autorisés par une disposition légale ou réglementaire). Pour l'exercice des droits dans le cadre de ce traitement, le bénéficiaire peut contacter l'**ALFA**, 1 rue Jules Lefebvre, 75431 Paris Cedex 09.

Elles sont susceptibles d'être accessibles depuis des pays tiers à l'Union Européenne dans le cadre d'opérations d'administration et de maintenance informatiques.

Dans le cas où le bénéficiaire fournit des informations sur des tiers, le bénéficiaire s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini au présent article.

Pour les finalités soumises à consentement, le bénéficiaire peut, à tout moment, le retirer auprès du Délégué à la Protection des Données aux coordonnées ci-dessous. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier des services associés.

Dans les conditions prévues par la loi, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité et d'opposition. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, aux coordonnées suivantes : IMA GIE - Direction des Affaires Juridiques - Déléguée à la Protection des Données - 118 avenue de Paris - 79000 Niort - dpo@ima.eu.

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

4.6 Réclamation et médiation

Une réclamation est une déclaration actant d'un mécontentement concernant l'accès aux services de téléconsultation et de prise de rendez-vous médicaux mis en œuvre, ou la relation avec **IMA ASSURANCES** au cours de cette mise en œuvre.

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

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

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

ANNEXE 6 – NOTICE D'UTILISATION : SERVICES POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE ET LEUR FAMILLE CETTEFAMILLE

CetteFamille est une entreprise de l'économie sociale et solidaire, experte dans les services d'accompagnement vers des solutions d'hébergement adaptées aux personnes âgées en perte d'autonomie ou atteintes de troubles cognitifs.

Le service

Service digital et téléphonique permet d'accompagner aidants et personnes âgées vers l'une des 90.000 solutions de logements alternatifs référencés par **CetteFamille**.

Le service informe sur les :

- Les logements adaptés au profil (budget, situation médicale, proximité géographique)
- Les aides éligibles, les dispositifs de droit commun pour les personnes âgées et les aidants
- Les conseils lors d'une recherche de logement

Pour qui ?

Les aidants et personnes âgées nécessitant un éclairage lors de leur recherche de logement.

Dans quelle situation ?

Lorsque rester à domicile n'est plus possible, à la suite d'un accident, d'une d'hospitalisation, pour rompre l'isolement ou anticiper un risque.

Comment accéder au service ?

- Via l'espace adhérent Intériale pour les informations en ligne, le bilan de situation personnalisé digital
- Par téléphone au 01 76 44 09 00 pour un accompagnement personnalisé

CANNETROTTER (nom commercial **CetteFamille**), société par actions simplifiée au capital social de 60 758.00€, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le Numéro 814 755 294 dont le siège social est situé au 131 boulevard de Sébastopol, 75002 PARIS.

ANNEXE 7 – ACTION SOCIALE

Conformément au décret du 22 avril 2022 et à l'accord interministériel du 26 janvier 2022, des prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires du présent contrat sont prévues. Lesdites prestations d'accompagnement social sont déterminées par la Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi (CPPS) et attribuées après un examen attentif de chaque situation en tenant compte de l'état de santé, des difficultés évoquées, et des ressources du foyer.

La liste des aides sociales énumérées ci-dessous n'est pas exhaustive et peut évoluer en fonction des décisions de la CPPS.

CHAPITRE 1 - LES AIDES FINANCIÈRES LIÉES À LA SANTÉ

Article 1 - L'aide « solidarité frais de santé »

L'aide « solidarité frais de santé » peut être accordée pour permettre de faire face à une dépense importante et urgente commandée par l'état de santé du membre participant ou de ses ayants droit, et qui ne peut être couverte en temps opportun par les disponibilités financières de la famille. Elle peut être utilisée pour couvrir toute nature de frais de santé (dentaire, optique, auditif, hospitalisation...).

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

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

La Mutuelle peut, sous conditions, prendre en charge tout ou partie des frais de dossiers et des intérêts de prêts.

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

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

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

Article 4 - L'aide « solidarité handicap »

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

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

- La Mutuelle peut également accorder une prise en charge du forfait journalier hospitalier des enfants ayants droit en situation de handicap hospitalisés dans des établissements spécialisés, ainsi qu'une participation à leurs frais de séjour dans un centre de vacances spécialisé ou à un séjour d'intégration.

CHAPITRE 2 - AIDES FINANCIÈRES DIVERSES

Article 5 - L'aide aux enfants déscolarisés

L'aide aux enfants déscolarisés peut être accordée par la Mutuelle lorsque l'un des enfants du membre participant ou de son conjoint, concubin, pacsé ayant droit de la mutuelle, âgé de 6 ans à 16 ans et affilié en qualité d'ayant droit du membre participant auprès de la Mutuelle, ne peut être scolarisé du fait d'une affection longue durée reconnue au cours de l'année scolaire.

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

Article 6 - L'aide « dépendance »

L'aide « dépendance » peut être accordée par la Mutuelle aux membres participants et à leurs conjoints ayants droit, sous conditions lorsqu'ils se trouvent en situation de perte d'autonomie.

Article 7 - L'aide à la souscription d'un micro-prêt installation

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

La Mutuelle peut, sous conditions, prendre en charge tout ou partie des frais de dossiers et des intérêts de prêts.

Article 8 - L'aide financière exceptionnelle

Une aide exceptionnelle peut être attribuée au membre participant par la Mutuelle en cas de circonstances difficiles exceptionnelles (intempéries, accident, etc.). Une aide exceptionnelle peut aussi être attribuée en cas de décès d'un enfant ayant droit de moins de 21 ans, notamment pour permettre le financement des obsèques.

Article 9 - L'aide à la souscription d'un micro-prêt social

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

La Mutuelle peut, sous conditions, prendre en charge tout ou partie des frais de dossiers et des intérêts de prêts.

Le versement des aides est conditionné à la présentation des justificatifs demandés. Les aides ne peuvent être utilisées à d'autres fins que celle pour laquelle elles sont accordées, pas plus qu'elles ne peuvent servir à conserver ou à reconstituer une épargne.



INTÉRIALE — Siège social : 32, rue Blanche, 75009 PARIS — www.interiale.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, N° SIREN : 775 685 365



INTÉRIALE est soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS cedex 09.

IMA ASSURANCES Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 9 - Immatriculée au RCS de Niort n° 481 511 632