

Garantie Santé
Note d'information détaillée 2013

▶ Préambule	page 4 ■
▶ Définitions	page 5 ■
1 Dispositions générales	
Article 1 – Objet du contrat	page 7 ■
Article 2 – Conditions d'adhésion	page 7 ■
Article 3 – Formalités d'adhésion	page 7 ■
Article 4 – Prise d'effet de l'adhésion	page 8 ■
2 Description des garanties santé	
Article 5 – Formules de garanties	page 9 ■
Article 6 – Expression des garanties	page 9 ■
Article 7 – Garanties des formules « Soins »	page 9 ■
Article 8 – Garanties des niveaux « Equipements »	page 12 ■
Article 9 – Limitations de garanties et exclusions	page 18 ■
Article 10 – Territorialité des garanties	page 18 ■
3 Modalités de remboursement des frais de santé	
Article 11 – Remboursements	page 19 ■
Article 12 – Le tiers payant	page 19 ■
Article 13 – Pièces justificatives	page 19 ■
Article 14 – Délai pour demander le remboursement des frais de santé	page 20 ■
Article 15 – Expertise médicale	page 20 ■
Article 16 – Subrogation	page 20 ■
4 Description des garanties d'assistance	
Article 17 – Garanties d'assistance	page 21 ■
17.1 – Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation	
17.2 – Assistance en cas de naissance ou d'adoption	
17.3 – Assistance en cas de pathologies lourdes	
17.4 – Assistance obsèques	
17.5 – Informations et conseils	
Article 18 – Mise en œuvre des garanties d'assistance	page 23 ■
Article 19 – Exclusions de garanties	page 24 ■
Article 20 – Territorialité des garanties d'assistance	page 24 ■
Article 21 – Subrogation pour les garanties d'assistance	page 24 ■
Article 22 – Protection des données personnelles	page 24 ■
5 Description des services médicaux	
Article 23 – Service dentaire	page 25 ■
Article 24 – Service optique	page 25 ■
Article 25 – Service aide auditive	page 25 ■
Article 26 – Second avis médical	page 25 ■

6 Vie du contrat

Article 27 – Durée du contrat	page 27 ■
Article 28 – Modification de la formule choisie	page 27 ■
24.1 – Conditions et prise d'effet de la demande de modification	
24.2 – Application du plafond global en dentaire en cas de modification du niveau d' « Equipements » choisi	
Article 29 – Modification de la situation des assurés	page 27 ■
Article 30 – Cessation des garanties	page 28 ■

7 Cotisations

Article 31 – Détermination des cotisations	page 29 ■
Article 32 – Paiement des cotisations	page 29 ■
Article 33 – Non-paiement des cotisations	page 29 ■
Article 34 – Révision des cotisations	page 29 ■

8 Généralités

Article 35 – Ajustement et révision des garanties	page 30 ■
Article 36 – Délai de renonciation	page 30 ■
Article 37 – Prescription	page 30 ■
Article 38 – Réclamations	page 30 ■

9 Dispositions légales concernant les professionnels indépendants	page 32 ■
--	-----------

➤ Annexe 1	page 33 ■
- Liste des codes DMT des établissements exclus de la garantie Hospitalisation médicale et chirurgicale	
➤ Annexe 2	page 35 ■
- Tableau de correspondance détaillée entre la nomenclature des verres de la Sécurité sociale et le forfait Verre adulte	
➤ Annexe 3	page 36 ■
- Montant des forfaits accordés au titre des garanties bénéficiant du bonus fidélité, par année d'adhésion	
➤ Annexe 4	page 38 ■
- Détail des garanties d'assistance	
➤ Annexe 5	page 45 ■
- Liste des pathologies lourdes ouvrant droit à l'assistance en cas de pathologies lourdes prévue à l'article 17.3	

Préambule

Garantie Santé

(Garanties en vigueur au 1^{er} janvier 2013)

Le contrat Garantie Santé est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par :

- la Macif au profit de ses sociétaires, de leur conjoint, descendants ou ascendants,
- l'APPIC (Association pour la Promotion de la Prévoyance Individuelle et Collective) et l'ATINA (Association des Travailleurs Indépendants Non Agricoles) au profit de leurs membres professionnels indépendants et de leur conjoint collaborateur.

Il est assuré, selon la zone de domiciliation de l'adhérent au contrat, par Macif-Mutualité ou par la SMIP désignées ci-après sous le terme « la mutuelle ». Ces mutuelles sont régies par le Livre II du Code de la mutualité et sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel - 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 9. Le nom de la mutuelle assurant le contrat est indiqué sur la demande d'adhésion de chaque adhérent.

Ce contrat est un contrat solidaire et responsable au sens des articles L 871-1 du Code de la Sécurité sociale. Il respecte donc le cahier des charges défini aux articles R 871-1 et R 871-2 du même code. Les personnes assurées au titre d'un contrat responsable peuvent faire valoir, le cas échéant, leur droit à l'« Aide pour une Complémentaire Santé » (ACS).

La présente note d'information détaillée définit les droits et devoirs réciproques de la mutuelle, de l'adhérent au contrat et des assurés. La langue utilisée entre la mutuelle et l'adhérent pendant toute la vie du contrat est le français.

Loi informatique et libertés du 06/01/78

Les données recueillies par Macif-Mutualité ou la SMIP, responsables du traitement, sont nécessaires à leur gestion interne, à la prospection et pourront être transmises à leurs partenaires aux mêmes fins, ainsi qu'aux régimes obligatoires d'Assurance maladie à des fins de télétransmission.

Vous disposez à l'égard de ces données d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification auprès de la Direction générale de la mutuelle à l'adresse suivante :

- pour Macif-Mutualité : Carré Haussmann – 22-28 rue Joubert – 75435 Paris cedex 9
- pour la SMIP : 20 rue Thiers – 79077 Niort cedex 9

Définitions

Pour une meilleure lecture de votre contrat Garantie Santé, le « vous » doit être compris comme l'adhérent*. Le lexique ci-dessous est à votre disposition pour une parfaite compréhension des termes techniques. Les mots ou expressions ainsi définis sont désignés par un astérisque dans le texte.

Actes Hors Nomenclature

Actes non reconnus par la Sécurité sociale et non inscrits aux nomenclatures.

Actes non remboursés par la Sécurité sociale

Actes ayant un taux de remboursement par la Sécurité sociale égal à « 0 % », un prix unitaire égal à « 0 », un code « remboursement exceptionnel » renseigné à blanc ou avec « N », un qualificatif de la dépense renseigné avec « NR ».

Adhérent

Personne dont l'adhésion à la mutuelle a été acceptée et qui est à ce titre tenue au paiement des cotisations.

Aide pour l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Dispositif proposé par l'Assurance maladie afin de faciliter l'acquisition d'un contrat de complémentaire santé en ouvrant droit à ses bénéficiaires à une réduction sur le montant de cotisation annuelle de leur contrat santé.

Assuré

Personne physique nommément désignée au contrat sur qui reposent les garanties.

Auxiliaires médicaux

Infirmier (ère), masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue.

Base de Remboursement de la Sécurité sociale

Assiette servant au calcul des prestations en nature de l'Assurance maladie de la Sécurité sociale.

Selon le type d'acte et la nomenclature auxquels elle se rattache, cette base de remboursement peut être constituée du :

- . **Tarif d'autorité**
Tarif utilisé par la Sécurité sociale comme base de remboursement lorsque le professionnel de santé consulté n'est pas conventionné. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.
- . **Tarif de convention**
Tarif utilisé par la Sécurité sociale comme base de remboursement des soins et honoraires des professionnels de santé conventionnés.
- . **Tarif de responsabilité**
Base de remboursement de la Sécurité sociale pour les produits pharmaceutiques, les fournitures et les appareillages.
- . **Tarif forfaitaire de responsabilité**
Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour le princeps d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

Conjoint

Personne unie à l'adhérent par les liens du mariage, selon les termes du Code civil. Sont assimilés au conjoint : le concubin et le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), selon les dispositions du Code civil.

Le conjoint, ou la personne assimilée, doit en outre vivre en couple avec l'adhérent, sous le même toit, de façon constante c'est-à-dire sans être séparé de corps ou de fait.

Dépassement d'honoraires

Différence entre le montant des honoraires du professionnel de santé et la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Domicile

Lieu de résidence de l'assuré à savoir son logement personnel ou celui de toute personne l'hébergeant à l'exception d'une maison de retraite ou d'un établissement spécialisé.

Etablissements médico-sociaux

Etablissements assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

Forfait journalier hospitalier

Montant forfaitaire restant à la charge de l'assuré en cas d'hospitalisation. Il correspond aux "frais d'hébergement et d'entretien" entraînés par l'hospitalisation.

Franchise annuelle

Somme laissée à la charge de l'assuré et qui s'applique sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Hospitalisation ambulatoire

Hospitalisation dans un établissement de santé pour une durée inférieure ou égale à douze heures sans hébergement. L'assuré quitte l'établissement le jour même de son admission.

Médecin traitant

Médecin spécialiste ou généraliste, librement choisi par l'assuré âgé de 16 ans au moins pour assurer la coordination de ses soins. L'assuré doit avoir déclaré son médecin traitant auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire afin de bénéficier du taux maximal de remboursement de la Sécurité sociale.

Nomenclature

Notion désignant l'ensemble des référentiels codifiant les actes médicaux reconnus par la Sécurité sociale et fixant leur base de remboursement par elle-même et notamment :

- . la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ;
- . la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ;
- . la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) ;
- . la Liste des Produits et des Prestations Remboursables (LPPR ou LPP).

Parcours de soins

Désigne le parcours de soins coordonnés défini par la loi, obligeant les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant tout autre médecin sous peine de majoration du ticket modérateur par le Régime obligatoire et de non remboursement des éventuels dépassements d'honoraires par la mutuelle.

Participation forfaitaire

Somme qui reste à la charge de l'assuré et qui concerne les actes et consultations médicaux réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et les actes de biologie médicale et de radiologie.

Prestations

Versement des sommes ou mise en place de services garantis à l'assuré.

Régime obligatoire (RO)

Régime d'assurance maladie français, communément dénommé "Sécurité sociale", qui intervient obligatoirement avant la mutuelle pour rembourser une part des frais de santé.

Ticket modérateur

Dans le parcours de soins, différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par la Sécurité sociale. La participation forfaitaire n'entre pas en compte dans le calcul de cette différence. L'application par le Régime obligatoire de la majoration de la participation de l'assuré, lorsque l'acte est réalisé hors parcours de soins, n'affecte pas le calcul et la valeur du Ticket modérateur.

Tiers payant

Sur présentation de sa carte de Tiers Payant, l'assuré peut bénéficier d'une dispense d'avance de tout ou partie de ses frais de santé. Le professionnel de santé ou l'établissement de soins est directement remboursé par la mutuelle.

Dispositions générales

1

Article 1 – Objet du contrat

Ce contrat vous permet de souscrire une complémentaire santé qui rembourse vos frais de soins de santé et ceux des assurés* inscrits au contrat :

- en complément des remboursements du Régime obligatoire* effectués, au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve des limitations de garanties et exclusions mentionnées à l'article « Limitations de garanties et exclusions »,
- en vous versant, pour certains actes, un forfait, en l'absence d'intervention du remboursement du Régime obligatoire*.

Ce contrat vous permet également de bénéficier de garanties d'assistance.

Article 2 – Conditions d'adhésion

Vous devez au moment de l'adhésion :

- être sociétaire de la Macif, conjoint*, ascendant ou descendant d'un sociétaire ;
- être âgé de plus de 16 ans
- avoir la capacité de contracter ;
- résider en France métropolitaine ou dans un département ou une région d'Outre mer (DOM) ;
- être affilié à un régime obligatoire* français d'Assurance maladie.

L'adhésion est possible sans limite d'âge. Cependant au-delà de 70 ans, l'adhésion est conditionnée pour tout nouvel adhérent*, à l'exception des bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé*, à l'obligation de production d'un justificatif d'une couverture complémentaire précédente, sans interruption de garantie au moment de la souscription (certificat de radiation mentionnant en toute lettre la dénomination commerciale de la couverture précédente et la date de fin de cette couverture fixée à la veille de la date d'effet de l'adhésion).

L'âge de l'adhérent* est calculé par différence de millésime entre l'année de souscription et son année de naissance moins une année. Par exemple, pour une personne née en 1965, l'âge retenu en 2013 sera déterminé comme suit : $(2013-1965) - 1 = 47$ ans.

Article 3 – Formalités d'adhésion

Vous devez compléter, signer et dater la demande d'adhésion en indiquant la/les formule(s) de garanties souscrite(s) et les éventuels ayants droit que vous souhaitez désigner comme assurés* au titre du contrat. L'adhésion n'est soumise à aucun questionnaire médical.

Peuvent être désignés assurés* les membres de votre famille à charge au sens de la Sécurité sociale, soit en qualité d'adulte, soit en qualité d'enfant :

PERSONNES POUVANT ÊTRE DESIGNÉES COMME ASSURÉS	QUALITÉ
<ul style="list-style-type: none">- votre conjoint*, qu'il exerce ou non une activité professionnelle ;- vos ascendants à charge au sens de la Sécurité sociale (donc rattachés à votre numéro de Sécurité sociale) et vivant sous votre toit ;- vos enfants de plus de 20 ans dès lors qu'ils ne poursuivent pas d'études, au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 26^{ème} anniversaire.	ADULTE
<ul style="list-style-type: none">- vos enfants à charge au sens de la Sécurité sociale (donc rattachés à votre numéro de Sécurité sociale), et ceux apprentis ou salariés, au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 20^{ème} anniversaire ;- vos enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 26^{ème} anniversaire, dès lors qu'ils justifient la poursuite d'études (dans ce cas, joindre à votre demande d'adhésion le certificat de scolarité).	ENFANT

Le nombre d'assurés* adultes est limité à trois par adhésion, le nombre d'assurés* enfants n'est pas limité.

Tous les membres d'une même famille doivent s'inscrire sur la même adhésion. Néanmoins, chaque assuré* adulte peut choisir une formule de garanties différente. Tous les assurés* enfants doivent obligatoirement bénéficier de la même formule de garanties qui doit être identique à celle d'un des assurés* adulte.

La mutuelle concrétise votre adhésion par l'envoi d'une carte de tiers payant* qui prouve votre appartenance à la mutuelle et vous permet de bénéficier du service de tiers payant* auprès des professionnels de santé conventionnés.

Article 4 – Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion au contrat prend effet à la date figurant sur votre demande d'adhésion et au plus tôt au 1^{er} jour du mois suivant la date de signature de cette demande.

En cas d'adjonction d'un assuré* en cours d'année d'assurance, l'affiliation prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande. Toutefois, les garanties sont acquises dès la naissance du nouveau-né ou dès la date d'adoption de l'enfant mineur, à condition d'effectuer la demande d'affiliation au contrat dans les trois mois suivant la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant dans le foyer.

Description des garanties santé

Article 5 – Formules de garanties

Les formules du contrat Garantie Santé se composent d'une formule « Soins » couplée à un niveau d' « Equipements ».

Vous pouvez choisir entre 4 formules « Soins » :

- Economique
- Equilibrée
- Protectrice
- Excellence

Pour chacune de ces formules « Soins », vous pouvez choisir un niveau d' « Equipements » entre les deux ou trois proposés. La formule « Soins » couplée au niveau d' « Equipements » choisi constitue une formule de garanties.

Exemple : formule Soins « Economique » + niveau « Equipements 2 » = Formule « Economique 2 ».

Quelle que soit la formule de garanties choisie, vous bénéficiez de garanties d'assistance telles que définies à l'article « Garanties d'assistance ».

Article 6 – Expression des garanties

Le contrat Garantie Santé intervient en complément des prestations versées par le Régime obligatoire* sous réserve des limitations de garanties et exclusions mentionnées à l'article « Limitations de garanties et exclusions ».

Pour ces garanties, la prise en charge est exprimée par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale*, aux tarifs de la liste des produits et des prestations remboursables (LPPR ou LPP), et le cas échéant au tarif d'autorité*. Les taux de prise en charge sont ceux en vigueur à la date des soins.

En cas de modification(s) en cours d'année de la réglementation portant sur les prestations* en nature du Régime obligatoire*, la mutuelle se réserve la possibilité d'effectuer les remboursements sur la base des taux et montants appliqués antérieurement à cette ou ces modification(s).

Le contrat Garantie Santé intervient également, pour certains actes, en l'absence de remboursement du Régime obligatoire*. Pour ces garanties, la prise en charge est exprimée sous forme de forfait par année civile ou par semestre.

Article 7 – Garanties des formules « Soins »

Pour les actes hors parcours de soins*, les remboursements de la mutuelle sont identiques **en montant** à ceux effectués dans le cadre du parcours de soins* à l'exception des dépassements d'honoraires qui ne sont pas pris en charge.

Les garanties présentées ci-dessous peuvent varier en fonction de la formule « Soins » que vous aurez choisie. Le détail des garanties par formule est présenté dans le « Tableau des garanties des formules Soins » ci-après.

HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE

Cette garantie couvre les soins et prestations* correspondant à une période durant laquelle le patient est hébergé dans un établissement hospitalier, public ou privé, installé physiquement dans un lit.

Les soins prodigués en environnement hospitalier par le personnel de l'hôpital sans qu'il y ait hébergement constituent des actes en hospitalisation ambulatoire*. Ils relèvent du paragraphe « Médecine et soins » ci-dessous.

Le remboursement de l'ensemble des prestations* liées à une hospitalisation est soumis à la prise en charge de l'hospitalisation par le Régime obligatoire*.

Ce qui est garanti

- les honoraires chirurgicaux et médicaux
- les analyses de laboratoire, actes de radiologie et auxiliaires médicaux
- la participation forfaitaire* appliquée sur les actes diagnostiques et thérapeutiques dont le tarif est supérieur ou égal à 120€
- les frais de transport
- les frais de séjour
- le forfait journalier hospitalier*
La prise en charge du forfait journalier hospitalier* est limitée à 90 jours par année civile et par assuré* dans le cas d'une affection psychopathologique.
- la chambre particulière.
La prise en charge de la chambre particulière est prévue dans les formules « Soins » Equilibrée, Protectrice et Excellence. **Elle est accordée en cas d'hospitalisation d'au moins une nuit et limitée à 90 jours par année civile et par assuré*.**
- la chambre accompagnant.
La prise en charge de la chambre accompagnant est prévue dans les formules « Soins » Equilibrée, Protectrice et Excellence. Selon l'établissement hospitalier, il pourra s'agir d'une chambre ou simplement d'un lit attribué à l'accompagnant de l'assuré*. Cette garantie est accordée en cas d'hospitalisation de l'assuré* **en cas d'hospitalisation d'au moins une nuit et limitée à 90 jours par année civile et par assuré*.**

Cette garantie couvre également les soins et prestations* liés à une hospitalisation prise en charge au titre de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) par la Sécurité sociale à l'exception des soins remboursés à 100% par le Régime obligatoire*.

Ce qui est exclu

- les séjours en établissements médico-sociaux*, dans les maisons de retraite, dans une unité de soins longue durée (USLD) ou dans un établissement dont le code DMT est listé en annexe 1.
- tous les soins réalisés dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire* y compris la chambre particulière et la chambre accompagnant.

PRIME NAISSANCE

Ce qui est garanti

En cas de naissance après la prise d'effet du contrat et quelle que soit la formule « Soins » choisie, une prime naissance vous est versée **sous réserve que l'enfant soit désigné comme assuré* au titre du contrat dans les trois mois suivant sa naissance**. Une seule prime naissance est versée par enfant. En cas de naissance multiple, la prime est versée pour chaque nouveau-né inscrit au contrat. L'adoption d'un enfant mineur est assimilée à une naissance.

MEDECINE ET SOINS

Ce qui est garanti

- les honoraires de consultation, de visites et les soins prodigués par des médecins généralistes et spécialistes,
- les médicaments à vignettes blanches et bleues,
- les médicaments à vignettes orange
Le remboursement des médicaments à vignettes orange est prévu uniquement dans la formule « Soins » Excellence.
- les actes d'auxiliaires médicaux*,
- les analyses de laboratoire,
- les actes de radiologie,
- l'ostéopathie
La prise en charge des consultations d'ostéopathie est prévue dans les formules « Soins » Equilibrée, Protectrice et Excellence. Elle est exprimée sous la forme d'un forfait par séance, **dans la limite de 3 séances par année civile et par assuré***. **Seules les consultations de médecins ou d'ostéopathes inscrits sur la liste préfectorale des ostéopathes sont prises en charge au titre de cette garantie.**
- le vaccin anti-grippal non remboursé par le Régime obligatoire*.
- les contraceptifs non remboursés par le Régime obligatoire*.
Les contraceptifs **déjà délivrés sur prescription médicale** et non remboursés par le Régime obligatoire* sont pris en charge, quelle que soit la formule « Soins » choisie, **dans la limite de 50 € par année civile et par assuré***.
- les frais de transport hors hospitalisation.
La prise en charge des frais de transport hors hospitalisation est prévue dans les formules « Soins » Equilibrée, Protectrice et Excellence.
- les honoraires chirurgicaux en hospitalisation ambulatoire* ou hors hospitalisation.

SOINS DENTAIRES

Ce qui est garanti

- les soins dentaires
- les renforts Inlay, Onlay, Overlay
La prise en charge des renforts Inlay, Onlay, Overlay est prévue dans les formules « Soins » Equilibrée, Protectrice et Excellence. Elle est exprimée sous la forme d'un forfait par année civile et par assuré*.

ACTES DE PREVENTION

Ce qui est garanti

Le contrat Garantie Santé est un contrat responsable au sens des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. A ce titre, quelle que soit la formule « Soins » choisie, il prend en charge les actes de prévention suivants :

- un détartrage dentaire complet
- les scellements de sillons 1^{ère} et 2^{nde} molaire (pour les assurés* de moins de 14 ans)

- **les vaccinations les plus courantes** : diphtérie, tétanos, poliomyélite pour tous les âges, BCG avant 6 ans, coqueluche, rubéole pour les adolescentes non vaccinées et les femmes non immunisées désirant un enfant, Haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.
- **le bilan du langage oral et/ou le bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit (pour les assurés* de moins de 14 ans)**
- **le dépistage de l'hépatite B**
- **le dépistage des troubles de l'audition (une fois tous les 5 ans pour les plus de 50 ans)**
- **l'ostéodensitométrie (une fois tous les 6 ans pour les femmes de plus de 50 ans)**

Le remboursement des actes de prévention est conditionné à leur prise en charge par le Régime obligatoire*.

Article 8 – Garanties des niveaux d' « Equipements »

Les garanties présentées ci-dessous peuvent varier en fonction du niveau d' « Equipements » que vous aurez choisi. Le détail des garanties par niveau est présenté dans le « Tableau des garanties des niveaux d'Equipements » ci-après.

Ces garanties ne concernent pas la Formule « Economique 0 ».

ORTHODONTIE ET PROTHESES DENTAIRES (HORS IMPLANTS)

Ce qui est garanti

- **l'orthodontie remboursée par le Régime obligatoire***,
La prise en charge de l'orthodontie est exprimée sous la forme d'un forfait par semestre et par assuré*. **Les réparations, le remplacement ou la perte d'appareils sont compris dans le forfait orthodontie et ne donnent pas lieu à un remboursement supplémentaire.**
- **les couronnes dentaires et piliers de bridge**
La prise en charge des couronnes dentaires et piliers de bridge est exprimée sous la forme d'un forfait par prothèse.
- **Inlay-Core avec ou sans clavette**
La prise en charge de l'Inlay-Core est exprimée sous la forme d'un forfait par Inlay.
- **les appareils dentaires amovibles et inter de bridge (de 1 à 3 dents)**
La prise en charge des appareils dentaires amovibles et inter de bridge (de 1 à 3 dents) est exprimée sous la forme d'un forfait par appareil.
- **dent supplémentaire ou réparation pour appareil amovible**
La prise en charge des dents supplémentaires et de la réparation d'un appareil amovible est exprimée sous la forme d'un forfait par dent supplémentaire ou par réparation.

Plafond global annuel :

Quel que soit le niveau d'« Equipements » choisi, les remboursements effectués au titre de ces garanties sont limités à un plafond global par assuré* les 12 premiers mois suivant l'adhésion. Ce plafond est doublé entre le 13^{ème} et le 24^{ème} mois suivant l'adhésion.

Ce plafond s'applique également en cas de modification du niveau d'« Equipements » choisi, conformément aux dispositions de l'article « Modification de la formule choisie ».

Pour l'application de ce plafond, la date de référence pour la prise en charge des couronnes et appareils dentaires, des piliers et inter de bridge ainsi que des Inlay-Core est la date de pose. Pour l'orthodontie, la date de référence est la date de début de traitement.

Bonus fidélité :

Pour les garanties Couronne dentaire et pilier de bridge, appareil dentaire amovible et inter de bridge, les forfaits indiqués dans le tableau de garanties sont augmentés de :

- 10% à compter du 13^{ème} mois d'adhésion (1)
- 20% à compter du 25^{ème} mois d'adhésion (1)
- 30% à compter du 37^{ème} mois d'adhésion (1)

(1) Ces pourcentages ne sont pas cumulatifs, ils s'appliquent sur le montant du forfait indiqué au tableau de garanties.

Exemple : forfait Couronne dentaire et pilier de bridge du niveau d' « Equipements » 2

Année d'adhésion	Montant du forfait
1 ^{ère} année (jusqu'au 12 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	175 €/ prothèse
2 ^{ème} année (jusqu'au 24 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	192,50 €/ prothèse
3 ^{ème} année (jusqu'au 36 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	210 €/ prothèse
A compter de la 4 ^{ème} année (37 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	227,50 €/ prothèse



Le montant des forfaits accordés au titre de ces garanties est indiqué par année d'adhésion et par niveau d'« Equipements » en annexe 3.

IMPLANTS DENTAIRE ET PARODONTIE

Ce qui est garanti

- **les implants dentaires**

La prise en charge des implants dentaires est prévue dans le cadre des niveaux d'« Equipements » 2, 3 et 4. Elle est exprimée sous la forme d'un forfait par année civile et par assuré*. Ce forfait couvre les frais engagés pour les implants, les prothèses associées non pris en charge par le régime obligatoire*, la chirurgie et la radiologie associée. **La prise en charge est valable une seule fois pour une même dent remplacée.**

- **la parodontie non remboursée par le Régime obligatoire***

La prise en charge de la parodontie est exprimée sous la forme d'un forfait par année civile et par assuré*.

OPTIQUE

Ce qui est garanti

- **la monture adulte**

La prise en charge de la monture de lunettes adulte est exprimée sous la forme d'un forfait par année civile et par assuré*. Son montant varie en fonction du niveau d'« Equipements » souscrit.

- **le verre unifocal et multifocal adulte**

La prise en charge du verre adulte est exprimée sous la forme d'un forfait par année civile et par assuré*. Son montant varie en fonction du niveau d'« Equipements » souscrit et de la complexité du verre prescrit : unifocal ou multifocal.

Le tableau de correspondance détaillé entre la nomenclature des verres de la Sécurité sociale et le forfait Verre adulte est présenté en annexe 2.

- **la monture enfant**

La prise en charge de la monture enfant est exprimée sous la forme d'un forfait par année civile et par assuré*. Son montant varie en fonction du niveau d'« Equipements » souscrit.

- **le verre enfant**

La prise en charge du verre enfant est exprimée sous la forme d'un forfait par année civile et par assuré*. Son montant varie en fonction du niveau d'« Equipements » souscrit.

Pour l'application des garanties monture et verre enfant, la mutuelle se base sur le remboursement du Régime obligatoire. Est donc considéré comme enfant tout assuré* assimilé à un enfant par le Régime obligatoire.

Limite de garantie monture et verre :

Une paire de lunettes est constituée d'une monture et de deux verres. **Quel que soit le niveau d'« Equipements » choisi, seule une monture et deux verres sont remboursés par année civile et par assuré*, que celui-ci soit un enfant ou un adulte.**

Bonus fidélité :

Pour les garanties Verre adulte et enfant, les forfaits indiqués dans le tableau de garanties sont augmentés de :

- 10% à compter du 13^{ème} mois d'adhésion (1)
- 20% à compter du 25^{ème} mois d'adhésion (1)
- 30% à compter du 37^{ème} mois d'adhésion (1)

(1) Ces pourcentages ne sont pas cumulatifs, ils s'appliquent sur le montant du forfait indiqué au tableau de garanties.

Exemple : forfait Verre unifocal adulte « Equipements » 2

Année d'adhésion	Montant du forfait
1 ^{ère} année (jusqu'au 12 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	50 €
2 ^{ème} année (jusqu'au 24 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	55 €
3 ^{ème} année (jusqu'au 36 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	60 €
A compter de la 4 ^{ème} année (37 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	65 €



Le montant des forfaits accordés au titre de ces garanties est indiqué par année d'adhésion et par niveau d'« Equipements » en annexe 3.

- **les lentilles de contact**
Les lentilles de contact remboursées ou non par le Régime obligatoire* sont prises en charge au titre d'un forfait applicable par année civile et par assuré*.
- **la chirurgie réfractive de l'oeil**
La prise en charge de la chirurgie réfractive de l'oeil est prévue dans le cadre des niveaux d'« Equipements » 3 et 4. Elle s'exprime sous la forme d'un forfait applicable par œil et par année civile.
- **les appareils basse vision**
Les appareils basse vision, concernés par cette garantie sont :
 - la canne blanche
 - la canne télescopique
 - la loupe
 - le système à vision télescopique
 - le matériel à reconnaissance vocale
 - les verres à filtres chromatiques
 - les prismes
 - les verres pour acuité visuelle comprise entre 1/10^{ème} et 3/10^{ème} de dioptrie

Quel que soit le niveau d'« Equipements » choisi, ces appareils sont pris en charge **dans la limite d'un forfait global de 250 € par année civile et par assuré***.

AIDES AUDITIVES

Ce qui est garanti

- **Appareil acoustique pour les assurés* de 20 ans et +**
La prise en charge de l'appareil acoustique pour les assurés* de 20 ans et plus est exprimée sous la forme d'un forfait par année civile et par assuré*. **Le remboursement est limité à deux appareils par an et par assuré*.**
- **Appareil acoustique pour les assurés* de - 20 ans**
L'appareil acoustique pour les assurés* de moins de 20 ans est remboursé à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale (remboursement Sécurité sociale inclus). Selon le niveau d'« Equipements » choisi, ce remboursement est complété par un forfait par année civile et par assuré*. **Le remboursement est limité à deux appareils par an et par assuré***

- **Entretien, piles et accessoires**

La prise en charge de l'entretien des appareils acoustiques ainsi que des piles et des accessoires est exprimée sous la forme d'un forfait par année civile et par assuré* dont le montant est défini dans le tableau des garanties « Equipements ».

APPAREILLAGE

Les appareils Basse vision et les audioprothèses relèvent respectivement des paragraphes « Optique » et « Aides auditives » ci-dessus et ne sont donc pas pris en charge au titre de ces garanties.

Ce qui est garanti

- **Aides techniques inscrites à la LPP (hors véhicules pour handicapés physiques inscrits au titre IV)**

Cette garantie couvre l'ensemble des matériels et aides techniques inscrits à la LPP notamment les pacemakers, les prothèses (dont prothèses mammaires et capillaires), les chaussures thérapeutiques, le matériel de maintien à domicile et d'aide à la vie pour les personnes handicapées.

- **Véhicules pour handicapés physiques (inscrits au titre IV de la LPP)**

Quel que soit le niveau d'« Equipements » choisi, les véhicules pour handicapés physiques inscrits au titre IV de la LPP sont pris en charge à **concurrence de 1 500 € par année civile et par assuré***.

CURES THERMALES

Ce qui est garanti

La garantie « Cures thermales » est accordée sous réserve d'un remboursement des honoraires de médecine thermique par le Régime obligatoire*.

Elle intervient en complément du remboursement du Régime obligatoire* à **concurrence de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale** (remboursement Sécurité sociale inclus) pour les frais suivants :

- **Honoraires de cure thermique**

- **Transport et hébergement**

Les frais de transport comprennent le billet de train ou, en cas de déplacement en véhicule personnel : les éventuels frais de péage ainsi qu'un forfait kilométrique en fonction de la puissance fiscale du véhicule de l'assuré* et selon les barèmes de la Sécurité sociale en vigueur. Les frais d'hébergement sont divisés en fonction du nombre de curistes assurés* hébergés.

- **Forfait thermal pour soins**

Selon le niveau d'« Equipements » choisi, cette prise en charge est complétée par un **forfait par année civile et par assuré*** dont le montant est défini dans le tableau des garanties « Equipements ».

Ce qui est exclu

- **Les cures thermales pour lesquelles les honoraires de médecine thermique ne sont pas pris en charge par le Régime obligatoire*,**
- **Les soins complémentaires et les soins de confort non prévus dans le forfait thermal.**

TABLEAU DES GARANTIES DES FORMULES « SOINS »

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré* ayant respecté le parcours de soins*. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire* et la franchise annuelle* de l'assuré* qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées par l'assuré*, conformément à la loi.

Les pourcentages de ce tableau sont des plafonds exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale* en incluant son remboursement.
Les garanties exprimées en euros correspondent au remboursement de la mutuelle uniquement. Le remboursement de la Sécurité sociale s'ajoute à ces montants, le cas échéant.
Les forfaits s'entendent par assuré*.

	ECONOMIQUE	EQUILIBREE	PROTECTRICE	EXCELLENCE
Hospitalisation médicale et chirurgicale prise en charge par le RO				
Honoraires chirurgicaux et médicaux	100%	150%	200%	300%
Analyses de laboratoire, radiologie, auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	100%
Participation forfaitaire* sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €	Oui	Oui	Oui	Oui
Frais de transport	100%	100%	100%	100%
Séjour	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier*	illimité sauf psy (1) 90 jours	illimité sauf psy (1) 90 jours	illimité sauf psy (1) 90 jours	illimité sauf psy (1) 90 jours
Chambre particulière (2)	-	50 €/ jour	70 €/ jour	90 €/ jour
Chambre accompagnant (2)	-	20 €/ jour	25 €/ jour	30 €/ jour
Prime naissance				
	100 €	100 €	100 €	100 €
Médecine et soins				
Consultations – visites (médecine générale)	100%	125%	150%	200%
Consultations – visites (médecine spécialiste)	100%	150%	200%	300%
Pharmacie vignettes blanches et bleues	100%	100%	100%	100%
Pharmacie vignettes oranges	15% (3)	15% (3)	15% (3)	100%
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	100%
Analyses de laboratoire	100%	100%	100%	100%
Radiologie y compris produits pour examen	100%	100%	100%	100%
Ostéopathie	-	35 €/ séance limité à 3 séances/ an	40 €/ séance limité à 3 séances/ an	45 €/ séance limité à 3 séances/ an
Vaccin anti-grippal non remboursé par le RO	oui	oui	oui	oui
Vaccins prescrits et remboursés par le RO	100%	100%	100%	100%
Contraception non remboursée par le RO (4)	50 €	50 €	50 €	50 €
Transport hors hospitalisation	-	100%	100%	100%
Honoraires chirurgicaux en hospitalisation ambulatoire* ou hors hospitalisation	100%	150%	200%	300%
Soins dentaires				
Soins dentaires	100%	100%	100%	100%
Renfort soins d'obturation Inlay/ onlay/ overlay (4)	-	100 €	150 €	200 €
Actes de prévention				
	100%	100%	100%	100%

RO = Régime obligatoire*

- (1) Psy : séjours pour affection psychopathologique
- (2) Sous réserve d'une hospitalisation d'au moins une nuit. **Limité à 90 jours par année civile et par assuré*.**
- (3) Remboursement par le régime obligatoire* uniquement.
- (4) Forfait par année civile

TABLEAU DES GARANTIES DES NIVEAUX D'« EQUIPEMENTS »

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré* ayant respecté le parcours de soins*. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire* et la franchise annuelle* de l'assuré* qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées par l'assuré*, conformément à la loi.

Les pourcentages de ce tableau sont des plafonds exprimés par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale* en incluant son remboursement. Les garanties exprimées en euros correspondent au remboursement de la mutuelle uniquement. Le remboursement de la Sécurité sociale s'ajoute à ces montants, le cas échéant. Les garanties exprimées en pourcentage et en euros incluent le remboursement de la Sécurité sociale, le ticket modérateur et la prise en charge forfaitaire de la mutuelle. Les forfaits s'entendent par assuré*.

	En complément de la formule Economique			En complément de la formule Equilibrée			En complément de la formule Protectrice			En complément de la formule Excellence	
	0	1	2	1	2	3	2	3	4	3	4
Orthodontie et prothèses dentaires (hors implants) (a)											
Orthodontie remboursée par le RO	100€ / semestre	250€ / semestre		100€ / semestre	250€ / semestre	400€ / semestre	250€ / semestre	400€ / semestre	550€ / semestre	400€ / semestre	550€ / semestre
Couronne dentaire et pilier de bridge	90€ / prothèse	175€ / prothèse		90€ / prothèse	175€ / prothèse	260€ / prothèse	175€ / prothèse	260€ / prothèse	345€ / prothèse	260€ / prothèse	345€ / prothèse
Inlay-Core avec ou sans clavette	45€ / inlay	45€ / inlay		45€ / inlay	45€ / inlay	45€ / inlay	45€ / inlay	45€ / inlay	45€ / inlay	45€ / inlay	45€ / inlay
Appareil dentaire amovible et inter de bridge (de 1 à 3 dents)	100€ / appareil	150€ / appareil		100€ / appareil	150€ / appareil	200€ / appareil	150€ / appareil	200€ / appareil	250€ / appareil	200€ / appareil	250€ / appareil
Dent supplémentaire ou réparation pour appareil amovible	10 € / dent ou réparation	20 € / dent ou réparation		10 € / dent ou réparation	20 € / dent ou réparation	30 € / dent ou réparation	20 € / dent ou réparation	30 € / dent ou réparation	40 € / dent ou réparation	30 € / dent ou réparation	40 € / dent ou réparation
Bonus fidélité (pour les forfaits couronne dentaire et pilier de bridge, appareil amovible et inter de bridge)						+ 10% dès le 13 ^{ème} mois d'adhésion + 20% dès le 25 ^{ème} mois d'adhésion + 30% dès le 37 ^{ème} mois d'adhésion (1)					
(a) dans la limite d'un plafond global de : (2)											
- année 1		500 €		500 €		700 €	500 €	700 €		700 €	
- année 2		1 000 €		1 000 €		1 400 €	1 000 €	1 400 €		1 400 €	
Implants dentaires et parodontie											
Implants dentaires	-	300€/ an		-	300€/ an	400€/ an	300€/ an	400€/ an	500 € / an	400 € / an	500 € / an
Parodontie non remboursée par le RO	100€/ an	150€/ an		100€/ an	150€/ an	200€/ an	150€/ an	200€/ an	250 € / an	200 € / an	250 € / an
Optique (3)											
Monture adulte	30 €	60 €		30 €	60 €	90 €	60 €	90 €	120 €	90 €	120 €
Verre unifocal adulte (par verre)	30 €	50 €		30 €	50 €	70 €	50 €	70 €	90 €	70 €	90 €
Verre multifocal adulte (par verre)	45 €	85 €		45 €	85 €	115 €	85 €	115 €	135 €	115 €	135 €
Monture enfant	15 €	30 €		15 €	30 €	50 €	30 €	50 €	70 €	50 €	70 €
Verre enfant (par verre)	20 €	35 €		20 €	35 €	50 €	35 €	50 €	75 €	50 €	75 €
Lentilles de contact (remboursées ou non par le RO)	40 €	80 €		40 €	80 €	120 €	80 €	120 €	160 €	120 €	160 €
Chirurgie réfractive de l'œil (4)	-	-		-	-	300 €	-	300 €	400 €	300 €	400 €
Appareils basse vision (5)		250 €			250 €			250 €			250 €
Bonus fidélité (pour les forfaits verre unifocal ou multifocal adulte ou enfant)						+ 10% dès le 13 ^{ème} mois d'adhésion + 20% dès le 25 ^{ème} mois d'adhésion + 30% dès le 37 ^{ème} mois d'adhésion (1)					
Aides auditives											
Appareil acoustique pour + 20 ans (6)	200 €	350 €		200 €	350 €	500 €	350 €	500 €	650 €	500 €	650 €
Appareil acoustique pour - 20 ans (6)	100%	100% + 150€		100%	100% + 150€	100% + 250€	100% + 150€	100% + 250€	100% + 350 €	100% + 250 €	100% + 350 €
Entretien, piles et accessoires (7)	30 €	40 €		30 €	40 €	50 €	40 €	50 €	60 €	50 €	60 €
Appareillage											
Aides techniques inscrites à la LPP (8)	125%	150%		125%	150%	200%	150%	200%	300%	200%	300%
Véhicule pour handicapés physiques inscrit au titre IV de la LPP		1 500 €/ an			1 500 €/ an			1 500 €/ an			1 500 €/ an
Cures thermales (9)											
Honoraires de cures thermales	100%	100%	} + 150€	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Transport et hébergement	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait thermal pour soins	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
						+ 250€	+ 150€	+ 250€	+ 350 €	+ 250 €	+ 350 €

RO = Régime obligatoire*

(1) Pourcentages non cumulatifs applicables sur le montant du forfait indiqué au tableau de garanties.

(2) Pour les garanties « Orthodontie et prothèses dentaires (hors implants) », les forfaits sont accordés dans la limite d'un plafond global mentionné ci-dessus les 12 premiers mois suivant l'adhésion (année 1). Ce plafond est doublé du 13^{ème} au 24^{ème} suivant l'adhésion (année 2). Ce plafond s'applique également en cas de changement du niveau d'« Equipements », conformément à l'article « Modification de la formule choisie ».

(3) Forfaits par année civile. **Pour les forfaits monture et verres adulte et enfant, dans la limite d'une monture et de deux verres par an et par assuré*.**

(4) Forfait par année civile et par œil

(5) Forfait par année civile. Appareils basse vision concernés : canne blanche, canne télescopique, loupe, système à vision télescopique, matériel à reconnaissance vocale, verres à filtres chromatiques, prismes, verres pour acuité visuelle comprise entre 1/10^{ème} et 3/10^{ème}.

(6) Forfait par année civile et par appareil **dans la limite de 2 appareils**

(7) Forfaits par année civile.

(8) **Hors titre IV de la LPP, basse vision et audioprothèses**

(9) Forfaits par année civile, **sous réserve de la prise en charge par le Régime obligatoire***

Article 9 – Limitations de garanties et exclusions

Exclusions communes à toutes les garanties

Ne donnent pas lieu aux garanties définies au contrat et n'entraînent aucun paiement au titre du contrat :

- En application des articles L871-1 et R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale définissant le « contrat responsable » :
 - les participations forfaitaires* mentionnées au II de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
 - la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
 - la majoration de la participation appliquée par le Régime obligatoire* à l'assuré* (ticket modérateur*) lorsqu'il ne respecte pas le parcours de soins* coordonnés. Cette majoration peut être appliquée par le Régime obligatoire* dans les cas suivants :
 - il n'a pas choisi son médecin traitant* (article L 162-5-3 alinéa 5 du Code de la Sécurité sociale),
 - il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant, (article L162-5-3 alinéa 5 du Code de la Sécurité sociale),
 - il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou sa mise à jour, (article L 1111-15 du Code de la Santé publique).
- tous les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins, lorsque l'assuré* ne respecte pas le parcours de soins* instauré par la loi du 13 août 2004.

Limites des remboursements

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, l'assuré* ne peut en aucun cas obtenir des remboursements supérieurs aux frais réellement exposés. Lesdits remboursements ne peuvent excéder le montant maximal des remboursements du contrat, prévus aux tableaux de garanties.

En outre, et sauf exceptions inscrites dans le tableau des garanties, les frais de santé ne donnant pas lieu à prise en charge au titre du Régime obligatoire* de l'assuré* n'ouvrent pas droit à un remboursement de la mutuelle.

Aucune prestation* n'est due pour des soins réalisés avant la date d'effet du contrat ou après la date de résiliation du contrat.

Cependant, sous réserve d'une précédente couverture sans interruption d'assurance, les garanties du contrat interviendront dans les deux hypothèses suivantes :

- pour les actes d'hospitalisation et les actes réalisés en série, prescrits et commencés avant la date d'effet du contrat : l'assuré* pourra prétendre à une prise en charge des soins dont la date de réalisation se situe pendant sa période de couverture auprès de la mutuelle,
- pour les actes d'orthodontie prescrits et commencés avant la date d'effet du contrat : l'assuré* pourra prétendre aux remboursements de ses soins selon le calcul d'un prorata établi en fonction de sa période de couverture auprès de la mutuelle.

La prise en compte de la précédente couverture est subordonnée à la production d'un certificat de résiliation.

Article 10 – Territorialité des garanties santé

Le contrat Garantie Santé intervient pour les soins effectués en France (Départements et Régions d'Outre-mer inclus).

Il intervient également pour les soins effectués hors de France (y compris dans les Collectivités et Pays d'Outre-mer), dans la limite du ticket modérateur*, sous réserve qu'ils soient pris en charge par le Régime obligatoire*. Les remboursements sont effectués en France et en euros.

Modalités de remboursement des frais de santé

Article 11 – Remboursements

Le remboursement des frais de santé est effectué selon la formule de garanties choisie et conformément au tableau des garanties. Pour les affections prises en charge à 100% par la Sécurité sociale, la garantie intervient au-delà du ticket modérateur* dans la limite des tableaux de garanties. Les prestations* sous forme de forfait sont dues intégralement.

Pour être pris en charge, les frais de santé doivent être :

- expressément prévus dans la formule de garanties choisie et en vigueur à la date des soins,
- prescrits par une autorité médicale qualifiée,
- pris en charge par la Sécurité sociale sauf cas expressément indiqués dans le descriptif de garanties.

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, l'assuré* peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la mutuelle n'est redevable d'aucune prestation* même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel.

Article 12 – Le tiers payant*

Pour toute dispense d'avance de frais, notamment en soins dentaires, en optique ou en hospitalisation, **vous devez effectuer une demande de prise en charge à la mutuelle, avant d'effectuer les soins.** La mutuelle adressera directement au professionnel de santé le paiement correspondant à votre formule de garanties.

Article 13 – Pièces justificatives

Pour bénéficier des prestations*, l'assuré* est tenu de fournir au centre de gestion de la mutuelle les déclarations et pièces justificatives originales qu'elle exige et notamment :

- **Pour les soins remboursés par le Régime obligatoire* :**
 - l'original du décompte de la Sécurité sociale dans le cas où cette dernière n'aurait pu procéder à sa télétransmission au centre de gestion de la mutuelle,
 - lorsque les frais sont supérieurs au tarif retenu par la Sécurité sociale pour le calcul de sa prestation, l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée,
 - pour les renforts Inlay Onlay Overlay, l'original de la facture détaillée et acquittée
- **Pour les soins non remboursés par le Régime obligatoire* :**
 - l'original de la prescription médicale,
 - l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée.
- **En cas d'hospitalisation :**
 - le bulletin d'hospitalisation,
 - l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée.
- **Pour la prime naissance :**
 - un extrait d'acte de naissance ou la photocopie de la page du livret de famille concernant le nouveau-né ; dans le cas d'une adoption, la photocopie de l'acte y afférant.
- **Pour les prestations basse vision :**
 - l'original de la facture détaillée et acquittée,
 - l'original de la prescription médicale,
 - le cas échéant, l'original du décompte de la Sécurité sociale.

En cas de soins effectués à l'étranger, la mutuelle peut demander la traduction des documents utiles au remboursement.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations* sont à la charge de l'assuré*.

Article 14 – Délai pour demander le remboursement des frais de santé

Pour être recevable, toute demande de prestations* doit être présentée dans les **2 ans** suivant la date d'indemnisation ou de remboursement par le Régime obligatoire*, ou la date de réception du ticket modérateur*, ou la date de l'événement à indemniser. Au-delà de ce délai, il y a prescription du droit à remboursement.

Article 15 – Expertise médicale

La mutuelle peut faire procéder à tout moment par un médecin désigné par elle, au contrôle médical de l'assuré* qui formule des demandes ou bénéficie de prestations* au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations* sont liées à l'état de santé.

Si l'assuré* se refuse à un contrôle médical ou si, n'ayant pas notifié à la mutuelle son changement d'adresse, il ne peut être joint, les garanties et les prestations* sont suspendues à son égard, après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile* connu figurant au dossier de l'assuré*.

Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par le médecin de l'assuré*, il est fait appel à un troisième praticien pour les départager. A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, le choix sera fait, à la diligence de la mutuelle, par le Président de l'Ordre Départemental des Médecins dans le ressort duquel se trouve le domicile* de l'assuré*, parmi la liste des médecins experts agréés auprès de la Cour d'appel du même ressort.

Chaque partie supporte les honoraires et frais du médecin qu'elle a désigné et supportera par moitié ceux du troisième.

Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations*, leur versement cessera dès notification à l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception. Les sommes indûment versées à l'assuré* devront être restituées à la mutuelle.

Article 16 – Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L 224-9 du Code de la mutualité, la mutuelle est subrogée dans les droits et actions de l'assuré* ou de ses ayants droit contre les tiers responsables d'une atteinte à l'intégrité physique de l'assuré*, que leur responsabilité soit entière ou partagée.

La mutuelle peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées dans la limite de l'indemnité mise à la charge du tiers.

Description des garanties d'assistance

Article 17 – Garanties d'assistance

Les garanties d'assistance Macif Assistance sont assurées par IMA Assurances
 Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré
 Entreprise régie par le Code des assurances – N°SI REN : 481 511 632 RCS Niort
 Siège social : 118 avenue de Paris – 79000 Niort
 Entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel – 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 9.

Vous trouverez ci-dessous une présentation succincte des garanties d'assistance dont vous bénéficiez au titre du contrat Garantie Santé. Le détail de ces garanties et notamment la durée et le montant de la prise en charge est mentionnée en annexe 4.

17.1 – Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation

Si vous ou votre conjoint* êtes :		Garanties Macif Assistance :
hospitalisé(e) :	immobilisé(e) à domicile :	
plus de 2 jours (en cas d'hospitalisation programmée) sans condition de durée (en cas d'hospitalisation non programmée)	plus de 5 jours	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prise en charge de vos enfants et petits enfants de moins de 16 ans (déplacement d'un proche, transfert chez un proche ou garde par un intervenant spécialisé) ○ Conduite de vos enfants et petits enfants de moins de 16 ans aux activités extrascolaires ○ Prise en charge de vos ascendants vivant à votre domicile (déplacement d'un proche, transfert chez un proche ou garde par une garde à domicile) ○ Transfert et garde des chats et/ou chiens
plus de 2 jours (en cas d'hospitalisation programmée ou non)	plus de 5 jours	<ul style="list-style-type: none"> ○ Présence d'un proche à votre chevet + hébergement ○ Fermeture du domicile quitté en urgence ○ Transfert post-hospitalisation chez un proche ○ Aide à domicile ○ Soutien scolaire pour vos enfants ○ Livraison de médicaments, de courses, portage de repas, d'espèces, coiffure à domicile
plus de 14 jours	-	<ul style="list-style-type: none"> ○ Préparation du retour au domicile (ménage, chauffage, courses...)

Si votre enfant ou petit-enfant de moins de 16 ans est :		Garanties Macif Assistance :
hospitalisé(e) :	immobilisé(e) à domicile :	
plus de 2 jours (en cas d'hospitalisation programmée) sans condition de durée (en cas d'hospitalisation non programmée)	-	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prise en charge de l'enfant ou petit-enfant malade ou blessé (déplacement d'un proche, transfert chez un proche ou garde par un intervenant spécialisé) ○ Garde des frères et sœurs de l'enfant malade (déplacement chez un proche ou garde par un intervenant spécialisé)
plus de 2 semaines	plus de 2 semaines	<ul style="list-style-type: none"> ○ Soutien scolaire à domicile

En cas de :	Garanties Macif Assistance :
immobilisation au domicile de plus de 5 jours d'un assuré*	<ul style="list-style-type: none"> ○ Transports aux RDV médicaux
Événement traumatisant affectant un assuré* (maladie, décès, licenciement, divorce)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Soutien psychologique

17.2 – Assistance en cas de naissance ou d'adoption

En cas de naissance ou d'adoption	Garanties Macif Assistance :
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aide à domicile ○ Acquisition des premiers gestes liés à la maternité ○ Informations naissance
Si vous ou votre conjointe* êtes hospitalisée plus de 8 jours en maternité	<ul style="list-style-type: none"> ○ Présence d'un proche au chevet ○ Aide à domicile ○ Prise en charge de vos enfants et petits enfants de moins de 16 ans (déplacement d'un proche, transfert chez un proche ou garde par un intervenant spécialisé) ○ Conduite à l'école et aux activités extrascolaires de vos enfants et petits enfants de moins de 16 ans ○ Soutien scolaire ou aide aux devoirs

17.3 – Assistance en cas de pathologies lourdes

Lorsqu'un assuré* est atteint d'une des pathologies lourdes listées à l'annexe 5, il peut bénéficier des garanties d'assistance suivantes :

En cas de déclaration d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours consécutifs OU En cas d'aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours consécutifs	Garanties Macif Assistance :
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Enveloppe de services pour les assurés* adulte : aide à domicile, livraison de médicaments, transports aux RDV médicaux, portage des repas, livraison de courses, coiffure à domicile*, entretien du jardin, garde d'enfants, conduite à l'école et aux activités extrascolaires des enfants de moins de 16 ans. ○ Enveloppe de services pour les enfants : garde d'enfant, présence d'un proche au chevet de l'enfant, transport aux RDV médicaux, portage des repas, livraison de courses, coiffure à domicile*. ○ Visite d'un ergothérapeute et travaux d'aménagement du domicile* ○ Téléassistance

17.4 – Assistance obsèques

En cas de décès d'un assuré*	Garanties Macif Assistance :
	<ul style="list-style-type: none">○ Aide à l'organisation des obsèques
En cas de décès de l'adhérent* ou de son conjoint*	<ul style="list-style-type: none">○ Aide à domicile○ Prise en charge de vos enfants et petits enfants de moins de 16 ans (déplacement d'un proche, transfert chez un proche ou garde par un intervenant spécialisé)○ Conduite à l'école et aux activités extrascolaires de vos enfants et petits enfants de moins de 16 ans○ Prise en charge de vos ascendants vivant à votre domicile* (déplacement d'un proche, transfert chez un proche ou garde par une garde à domicile)○ Transfert et garde des chats et/ou chiens

17.5 – Informations et conseils

Sur simple demande de l'assuré*	Garanties Macif Assistance :
	<ul style="list-style-type: none">○ Conseils médicaux○ Informations juridiques ciblées sur les thématiques santé et famille○ Conseils sociaux

Article 18 – Mise en œuvre des garanties d'assistance

Les services d'IMA Assurances sont accessibles 24h/24 à la suite d'appels émanant de l'assuré* ou d'un de ses proches au numéro communiqué par la mutuelle.

Sauf cas de force majeure, l'assuré* dispose d'un délai de 7 jours à compter de l'événement générateur (immobilisation au domicile*, sortie d'hospitalisation/maternité, décès) pour contacter IMA Assurances et demander la mise en place des garanties.

Les garanties d'assistance Macif Assistance sont mises en œuvre par IMA Assurances ou en accord préalable avec elle. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle de l'assuré*, bénéficiaire des garanties. Pour évaluer les besoins de l'assuré*, 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.

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

IMA Assurances ne participera pas après coup aux dépenses que l'assuré* bénéficiaire des garanties aurait engagées de sa propre initiative.

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

En cas de fausse déclaration de l'assuré* ou de ses proches ou de non remboursement d'une avance de frais, les faits seront portés à la connaissance de la mutuelle.

Article 19 – Exclusions de garanties pour les garanties d'assistance

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

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gériatriques,
- programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques préexistantes,
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que qu'à leurs conséquences,

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations à domicile* résultant de :

- l'usage de drogues ou de stupéfiants non ordonnés médicalement,
- la consommation d'alcool,
- l'action volontaire du bénéficiaire : suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire.

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

Article 20 – Territorialité des garanties d'assistance

Les garanties d'assistance sont accordées en France métropolitaine (**hors Départements et régions d'Outre mer**) y compris Andorre et Principauté de Monaco.

Article 21 – Subrogation pour les garanties d'assistance

IMA Assurances est subrogée dans les droits et actions de l'assuré*, bénéficiaire des garanties, ou de ses ayants droit contre les tiers responsables de l'atteinte à l'intégrité physique de l'assuré, que leur responsabilité soit entière ou partagée. Elle peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées, dans la limite de l'indemnité mise à la charge du tiers.

Article 22 – Protection des données personnelles

L'ensemble des données personnelles recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA Assurances afin de lui permettre de mettre en oeuvre les prestations auxquelles l'assuré*, bénéficiaire des garanties, peut prétendre.

Ces données, à l'exception des données de santé, sont transmises aux prestataires d'IMA Assurances sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à la mutuelle.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978, le bénéficiaire dispose d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification des données le concernant auprès d'IMA Assurances – 118 avenue de Paris, 79000 Niort.

Description des services médicaux

Article 23 – Service dentaire

La Convention Nationale des Chirurgiens Dentistes oblige le dentiste à remettre un devis détaillé en cas de travaux prothétiques. La mutuelle s'engage, sur présentation d'un devis en cours de validité (ou datant de moins de 6 mois) et des éventuels justificatifs selon les cas, à fournir gratuitement à l'assuré* une information préalablement à la réalisation des travaux :

- Montant pris en charge par le Régime obligatoire* ;
- Montant pris en charge au titre du contrat Garantie Santé ;
- Montant restant à charge de l'assuré*.

Article 24 – Service Optique

La mutuelle s'engage à fournir gratuitement à l'assuré* une information préalablement à la réalisation d'un équipement d'optique ou d'une intervention de chirurgie réfractive :

- réalisation d'un équipement optique :

Sur présentation de votre prescription médicale et du devis de votre opticien ou du fournisseur de biens médicaux en cours de validité (ou datant de moins de 6 mois), vous pouvez bénéficier d'une prise en charge de vos frais sans attendre le remboursement du Régime obligatoire*. La mutuelle adressera directement au professionnel le montant prévu par votre formule de garanties.

- intervention de chirurgie réfractive :

La mutuelle prend en charge la chirurgie réfractive dans le cadre de certains niveaux d'« Equipements ». Pour cet acte spécifique, sur présentation de la prescription médicale et du devis du chirurgien en cours de validité (ou datant de moins de 6 mois), la mutuelle vous indiquera le montant pris en charge au titre du contrat Garantie Santé et le montant restant à votre charge.

Article 25 – Service Aide auditive

Le Code de la Sécurité sociale oblige les audioprothésistes à remettre un devis détaillé avant l'achat de prothèses auditives. La mutuelle s'engage, sur présentation de ce devis en cours de validité (ou datant de moins de 6 mois) et des éventuels justificatifs, à fournir gratuitement à l'assuré* une information préalablement à l'acquisition d'un équipement auditif :

- Montant pris en charge par le Régime obligatoire* ;
- Montant pris en charge au titre du contrat Garantie Santé ;
- Montant restant à charge de l'assuré*.

Article 26 – Deuxième avis médical

La mutuelle propose à ses assurés* ainsi qu'à leur médecin traitant*, lorsqu'ils se trouvent confrontés à une décision médicale ou chirurgicale difficile, de leur fournir, à leur demande, un deuxième avis médical susceptible d'éclairer leur choix.

Il est essentiel que cette démarche retienne l'assentiment du premier médecin consulté, car l'avis du deuxième médecin s'effectuera à partir d'un dossier établi par le patient et son médecin.

Le dossier ainsi constitué sera transmis au service médical de la mutuelle afin d'en préserver la confidentialité. Le service médical transmettra le dossier à l'un des spécialistes dont il s'est attaché le concours. Ce spécialiste étudiera le dossier et émettra, dans un délai d'un mois à réception du dossier complet, un avis qui peut aller d'une confirmation du premier avis à des propositions différentes explicitées (examens complémentaires, autres options,...).

Ce spécialiste s'engage à ne pas prodiguer de soins au patient, mais il peut, le cas échéant, proposer les coordonnées de médecins spécialistes de l'affection ou du traitement en cause, aussi proches que possible du domicile* de l'adhérent*.

Aucune donnée médicale ne fera l'objet d'un recueil informatisé, à quelque stade que ce soit.

Cette procédure doit être réservée à des situations complexes ou graves, c'est la raison pour laquelle elle ne sera mise en œuvre par la mutuelle que dans les cas suivants :

- **intervention chirurgicale d'un montant \geq à 288€ ;**
- **séjour hospitalier de plus de 30 jours ;**
- **bénéfice de l'Affection de Longue Durée (ALD) ;**
- **toute autre situation appréciée par le médecin conseil de la mutuelle ;**

à l'exception des pathologies psychiatriques qui se prêtent mal à un avis sur pièces.

Vie du contrat

Article 27 – Durée du contrat

L'adhésion au contrat est annuelle et expire le 31 décembre de chaque exercice. Elle se renouvelle chaque année au 1^{er} janvier par tacite reconduction pour une durée d'un an.

Vos garanties santé sont viagères dès la date d'adhésion, c'est-à-dire que la mutuelle ne pourra pas résilier votre contrat sauf en cas de non paiement des cotisations et de fausse déclaration intentionnelle. Vos garanties d'assistance sont annuelles et sont accordées pendant toute la durée du contrat.

Article 28 – Modification de la formule choisie

28.1 – Conditions et prise d'effet de la demande de modification

Vous pouvez demander la modification d'une formule de garanties à la hausse comme à la baisse. Néanmoins, vous ne pouvez procéder à cette modification qu'au terme d'une durée minimum d'application de la précédente formule de garanties de douze mois consécutifs et échus.

Le changement de formule prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de cette demande.

28.2 – Application du plafond global en dentaire en cas de modification du niveau d'« Equipements » choisi

Le plafond global appliqué sur les garanties Orthodontie et prothèses dentaires (hors implants) à la souscription, s'applique également en cas de modification du niveau d'« Equipements » choisi dans les conditions suivantes :

- si vous augmentez votre niveau d'« Equipements » : application du plafond global 2^{ème} année de la nouvelle formule de garanties durant les 12 mois qui suivent la prise d'effet de cette nouvelle formule
- si vous diminuez votre niveau d'« Equipements » :
 - entre le 13^{ème} et le 24^{ème} mois qui suivent l'adhésion au contrat : application du plafond global 2^{ème} année de la nouvelle formule de garanties durant les 12 mois qui suivent la prise d'effet de cette nouvelle formule
 - à compter du 25^{ème} mois suivant l'adhésion au contrat : aucun plafond n'est appliqué.

Article 29 – Modification de situation des assurés*

Votre contrat est établi d'après les déclarations que vous avez faites lors de la souscription ou de la dernière modification. Ces déclarations permettent notamment de calculer vos cotisations, conformément aux dispositions de l'article « Paiement des cotisations ».

En cours de contrat, vous devez déclarer à la mutuelle, **dans un délai de 3 mois à compter de l'événement**, tout changement dans la situation d'un des assurés* notamment :

- un changement de domicile* (par défaut, les lettres adressées au dernier domicile* connu produiront leurs effets),
- un changement de situation au regard du Régime obligatoire* (changement de n° de Sécurité sociale, changement de caisse primaire d'assurance maladie ou de centre de paiement, changement de régime obligatoire*, perte de la qualité d'ayant droit...),
- un changement dans la composition de votre famille assurée* (divorce, décès...)

Si cette modification entraîne un changement dans le montant de vos cotisations, vous disposez d'un **délai de 30 jours à compter de la réception de votre nouvel avis d'échéance** pour résilier votre contrat par lettre recommandée avec accusé de réception. A défaut, vous êtes réputé avoir accepté ledit changement.

Vous devez également nous informer de la modification de vos coordonnées bancaires afin de ne pas interrompre le versement des prestations ou le paiement des cotisations (en cas de paiement par prélèvement).

Article 30 – Cessation des garanties

Les garanties santé cessent :

- sur simple demande de votre part par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la mutuelle, moyennant un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours ;
- en cas de modification de la situation d'un assuré* entraînant une modification de vos cotisations, conformément aux dispositions de l'article « Modification de situation des assurés* » ;
- en cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, conformément aux dispositions de l'article « Non-paiement des cotisations ».

Vous devrez retourner les cartes de tiers payant* qui vous auront été adressées.

Les garanties d'assistance Macif Assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat pour tout événement dont le fait générateur est postérieur à cette résiliation. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aura été engagée avant la résiliation, elle sera menée à son terme par IMA Assurances.

Cotisations

La cotisation est la contrepartie des garanties accordées à l'assuré*.

Article 31 – Détermination des cotisations

Les cotisations sont fixées par année civile et par assuré*, en fonction des critères suivants :

- l'âge de l'assuré*. Cet âge est calculé par différence de millésime entre l'année d'échéance de la cotisation et l'année de naissance moins une année. Par exemple, pour une personne née en 1965, la classe d'âge prise en compte pour le calcul de sa cotisation 2012 sera déterminée comme suit : (2012-1965) -1= 46 ans,
- votre zone de domiciliation (adresse postale figurant dans la demande d'adhésion, une seule adresse étant possible),
- la formule de garanties choisie,
- le régime social de l'assuré*.

Pour la première période d'assurance, la cotisation est calculée proportionnellement au temps qui reste à s'écouler jusqu'à la veille de l'échéance annuelle.

Dès lors qu'au moins 3 enfants sont assurés* au titre du contrat en qualité d'enfant, la cotisation est gratuite pour le 3^{ème} enfant et les suivants. Cette gratuité cesse au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le nombre d'assurés* enfant devient inférieur à 3.

Article 32 – Paiement des cotisations

Vous êtes tenu au paiement d'une **cotisation annuelle payable d'avance**.

Vous définissez les modalités de règlement lors de la souscription. Celui-ci peut se faire de façon annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle, **sans frais de fractionnement**. Les cotisations peuvent être réglées par chèque (uniquement pour le paiement annuel) ou par prélèvement bancaire.

Article 33 – Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la mutuelle vous adresse, à votre dernier domicile* connu, une lettre recommandée de mise en demeure vous informant que les garanties du contrat d'assurance seront résiliées 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation reste impayée.

Article 34 – Révision des cotisations

Le montant des cotisations est réexaminé par la mutuelle en fin d'année. Le changement du montant de la cotisation vous est notifié et prend effet le 1^{er} janvier de l'année N + 1.

En cas de désaccord, vous devez en aviser la mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un **délai de 30 jours à compter de la date de réception de l'avis d'échéance**. Ce refus entraîne la résiliation du contrat au 31 décembre de l'année N. A défaut, vous êtes réputé avoir accepté le changement de montant.

Le montant des cotisations peut également être modifié à tout moment par la mutuelle en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale.

En cas de désaccord, vous devez en aviser la mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception dans un **délai de 30 jours à compter de la date de réception du nouvel avis d'échéance**. L'adhésion pourra être alors résiliée immédiatement. A défaut, vous êtes réputé avoir accepté ledit changement.

Généralités

Article 35 – Ajustement et révision des garanties

Le montant des garanties peut être modifié à tout moment par la mutuelle en fonction notamment de l'évolution de la réglementation et en particulier celle relative à la Sécurité sociale.

Le changement du montant des garanties est alors notifié à l'adhérent*.

En cas de désaccord, l'adhérent* doit en aviser la mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de l'avis de modification. L'adhésion pourra alors être résiliée immédiatement. A défaut, l'adhérent* est réputé avoir accepté ledit changement.

Article 36 – Délai de renonciation

A compter de la date d'effet du contrat, vous disposez d'un délai de 30 jours pour revenir sur votre décision. Dans ce cas, il vous suffit d'adresser à la mutuelle, à l'adresse figurant sur votre demande d'adhésion, une lettre recommandée avec accusé de réception établie selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, n° d'adhérent*, adresse) déclare renoncer à la souscription de mon contrat Garantie Santé souscrit en date du ...

Date et signature ».

Vous devrez retourner les cartes de tiers payant* qui vous auront été adressées.

Les cotisations payées vous seront intégralement remboursées par la mutuelle dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre, sous déduction des prestations* éventuellement versées durant cette période.

Article 37 – Prescription

Il s'agit du délai au-delà duquel toute demande relative au contrat d'assurance n'est plus recevable.

Toute action dérivant de ce dernier est prescrite par un délai de 2 ans à partir de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, le délai de prescription ne court que du jour où le bénéficiaire a eu connaissance du sinistre, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque là.

La prescription peut être interrompue :

- par une des causes ordinaires d'interruption prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil
- par la désignation d'un expert
- par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle à l'adhérent et ayant pour objet le règlement de l'indemnité
- par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par l'adhérent à la mutuelle et ayant pour objet le règlement de l'indemnité

La prescription peut, en outre, être suspendue :

- lorsque la personne se trouve dans l'impossibilité d'agir ou qu'elle est mineure
- lorsque l'assureur lésé prend la direction du procès
- lorsqu'une demande d'instruction est demandée par le juge avant tout procès

Article 38 – Réclamations

Si vous souhaitez exprimer une insatisfaction, votre conseiller est votre meilleur interlocuteur. Vous pouvez le joindre aux coordonnées habituelles. Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, adressez alors votre réclamation au Service Relation Clients par écrit et aux coordonnées figurant sur votre carte de tiers-payant*. Si la solution proposée ne correspond pas à vos attentes : nous vous orientons vers notre commission de recours interne.

Adressez votre réclamation écrite à l'attention de la « Commission de recours », aux mêmes coordonnées.

Si votre litige persiste, vous pouvez alors saisir le médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances) à l'adresse figurant sur le protocole du GEMA (accessible sur le site Internet www.gema.fr).

Le GEMA se déclarera compétent uniquement si toutes les voies de recours internes ont été épuisées.

Dispositions légales concernant les professionnels indépendants

Les garanties du contrat Garantie Santé entrent dans le champ d'application de la loi Madelin du 11.02.1994, relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

En tant que :

- professionnel indépendant (revenus relevant des BIC ou BNC) ;
- conjoint collaborateur d'un professionnel indépendant ;
- dirigeant non salarié relevant de l'article 62 du Code général des impôts,

vous pouvez déduire de votre bénéfice imposable les cotisations versées au titre des garanties de ce contrat, dans la limite des plafonds en vigueur.

Cette déduction est possible tant que vous exercez sous ce statut, que vous êtes à jour de vos cotisations aux régimes obligatoires et que dure votre assurance. Pour en bénéficier, vous devez adhérer à l'association désignée sur la demande d'adhésion Garantie Santé.

La mutuelle vous adresse une attestation de cotisations à conserver à l'appui de votre comptabilité.

Annexe 1 – Liste des codes DMT des établissements exclus de la garantie Hospitalisation médicale et chirurgicale

Les séjours en établissements médico-sociaux*, dans les maisons de retraite, dans une unité de soins longue durée (USLD) ou dans un établissement dont le code DMT est listé ci-dessous ne sont pas pris en charge au titre du contrat Garantie Santé.

Code DMT	LIBELLE
176	Long séjour pour personnes ayant perdu leur autonomie de vie
212	Soins en EHPAD/ établissements pour personnes âgées
267	Action médico-sociale précoce pour enfants polyhandicapés
268	Action médico-sociale précoce pour autre catégorie de clientèle
269	Soins de type foyer à double tarification pour adulte handicapé
270	Education générale et soins spécialisés pour enfants déficients intellectuels
271	Education générale et soins spécialisés pour tous types de déficiences
273	Hébergement en service de soins de longue durée
292	Education générale et soins spécialisés pour enfants poly-handicapés
294	Education générale et soins spécialisés pour enfants déficients moteurs
295	Education générale et soins spécialisés pour enfants déficients visuels
298	Education générale et soins spécialisés pour enfants déficients auditifs
318	Action médico-sociale précoce pour tous types de déficiences
320	Activité des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques
321	Action médico-sociale précoce pour enfants déficients auditifs
322	Action médico-sociale précoce pour enfants déficients visuels
323	Action médico-sociale précoce pour enfants déficients moteurs
324	Action médico-sociale précoce pour enfants déficients intellectuels
325	Placement familial spécialisé pour enfants handicapés
338	Rééducation professionnelle pour adultes déficients moteurs
339	Rééducation professionnelle pour adultes déficients intellectuels
341	Hébergement et soins en maison d'accueil spécialisée pour adultes handicapés
350	Logement foyer pour personnes âgées F1
351	Logement foyer pour personnes âgées F2
398	Placement familial spécialisé pour adultes handicapés
399	Préorientation pour adultes handicapés
500	Education professionnelle et soins spécialisés pour adolescents déficients visuels
501	Education professionnelle et soins spécialisés pour adolescents polyhandicapés
502	Education professionnelle et soins spécialisés pour adolescents déficients intellectuels
503	Education professionnelle et soins spécialisés pour tous types de déficiences (sai)
504	Education générale et professionnelle et soins spécialisés pour enfants déficients intellectuels
505	Education générale et professionnelle et soins spécialisés pour tous types de déficiences
575	Rééducation professionnelle pour tous types de déficiences
630	Education générale et professionnelle et soins spécialisés autres catégories de clientèle
632	Logements foyer pour personnes âgées F1 bis
633	Services expérimentaux en faveur des personnes âgées (actions d'animation...)
654	Hébergement spécialisé, enfants et adolescents handicapés
657	Hébergement temporaire pour personnes âgées
668	Education générale et soins spécialisés pour autre catégorie de clientèle
670	Education professionnelle et soins spécialisés pour adolescents déficients moteurs
671	Education professionnelle et soins spécialisés pour adolescents déficients auditifs
672	Education professionnelle et soins spécialisés pour autre catégorie de clientèle
678	Education générale et professionnelle et soins spécialisés pour enfants polyhandicapés
680	Education générale et professionnelle et soins spécialisés pour enfants déficients moteurs
681	Education générale et professionnelle et soins spécialisés pour enfants déficients visuels
684	Education générale et professionnelle et soins spécialisés pour enfants déficients audit.
690	Activité des établissements et services exper. en faveur de l'enfance hand
691	Activité des établissements et services exper. en faveur des adultes hand
837	Préparation à la vie sociale pour adolescents déficients moteurs
840	Préparation a la vie sociale pour adolescents déficients auditifs

Code DMT	LIBELLE
841	Préparation a la vie sociale pour adolescents déficients visuels
842	Préparation a la vie sociale pour adolescents polyhandicapés
843	Préparation a la vie sociale pour adolescents déficients intellectuels
844	Préparation a la vie sociale pour autre catégorie de clientèle
845	Préparation a la vie sociale pour tous types de déficiences (sai)
846	Education précoce pour enfants déficients auditifs
847	Education précoce pour enfants déficients visuels
848	Education précoce pour enfants déficients moteurs
849	Education précoce pour enfants polyhandicapés
850	Education précoce pour enfants déficients intellectuels
851	Education précoce pour autre catégorie de clientèle
852	Education précoce pour tous types de déficiences (sai)
853	Acquisition de l'autonomie et/ ou intégration scolaire pour enfants déficients auditifs
854	Acquisition de l'autonomie et/ ou intégration scolaire pour enfants déficients visuels
855	Acquisition de l'autonomie et/ ou intégration scolaire pour enfants déficients moteurs
856	Acquisition de l'autonomie et/ ou intégration scolaire pour enfants polyhandicapés
857	Acquisition de l'autonomie et/ ou intégration scolaire pour enfants déficients intellectuels
858	Acquisition de l'autonomie et/ ou intégration scolaire pour autre catégorie
859	Acquisition de l'autonomie et/ ou intégration scolaire pour tous types de déficience
897	Hébergement ouvert en foyer pour adultes handicapés
901	Education générale et soins spécialisés pour enfants handicapés
902	Education professionnelle et soins spécialisés pour enfants handicapés
924	Hébergement en maison de retraite
925	Hébergement en logement-foyer pour P.A seule F1
926	Hébergement en logement-foyer pour P.A couple F2
927	Hébergement en logement-foyer pour P.A F1 bis
936	Hébergement de type foyer de vie pour adultes handicapés
938	Hébergement en hospice
939	Hébergement en foyer a double tarification pour adultes handicapés

Annexe 2 – Tableau de correspondance détaillé entre la nomenclature des verres de la Sécurité sociale et le forfait Verre

Classification des types de verres					
(les codes sont consultables sur le devis ou la facture fournis par l'opticien)					
Typologie Macif	Code TIPS	Code LPP			
		Avant 18 ans		Après 18 ans	
Verre unifocal	202A00 11	226 18 74	224 24 57	220 32 40	228 79 16
	202A00 21	220 03 93	227 04 13	225 99 66	222 64 12
	202A00 23	223 89 41	226 83 85	221 29 76	225 26 68
	202A00 12	224 35 40	224 33 04	229 74 41	229 10 88
		228 27 93	228 06 60	226 34 59	226 53 30
	202A00 13	227 38 54	224 83 20	223 57 76	229 58 96
	202A00 22	228 39 53	221 93 81	228 45 27	225 48 68
202A00 24	224 50 36	220 68 00	228 85 19	229 95 23	
Verre multifocal	202A00 31	225 92 45	226 40 45	229 03 96	229 11 83
	202A00 32	223 87 92	220 24 52	224 53 84	229 51 98
	202A00 41	224 06 71	228 22 21	222 70 38	229 91 80
	202A00 42	223 42 39	225 96 60	220 22 39	225 20 42

Annexe 3 – Montant des forfaits accordés au titre des garanties bénéficiant du bonus fidélité, par année d'adhésion

Niveau « Equipements » 1

	1 ^{ère} année (jusqu'au 12 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	2 ^{ème} année (du 13 ^{ème} au 24 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	3 ^{ème} année (du 25 ^{ème} au 36 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	A compter de la 4 ^{ème} année (à partir du 37 ^{ème} mois suivant l'adhésion)
Couronne dentaire et pilier de bridge	90 €	99 €	108 €	117 €
Appareil dentaire amovible et inter de bridge (de 1 à 3 dents)	100 €	110 €	120 €	130 €
Verre unifocal adulte (par verre)	30 €	33 €	36 €	39 €
Verre multifocal adulte (par verre)	45 €	49,50 €	54 €	58,50 €
Verre enfant (par verre)	20 €	22 €	24 €	26 €

Niveau « Equipements » 2

	1 ^{ère} année (jusqu'au 12 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	2 ^{ème} année (du 13 ^{ème} au 24 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	3 ^{ème} année (du 25 ^{ème} au 36 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	A compter de la 4 ^{ème} année (à partir du 37 ^{ème} mois suivant l'adhésion)
Couronne dentaire et pilier de bridge	175 €	192,50 €	210 €	227,50 €
Appareil dentaire amovible et inter de bridge (de 1 à 3 dents)	150 €	165 €	180 €	195 €
Verre unifocal adulte (par verre)	50 €	55 €	60 €	65 €
Verre multifocal adulte (par verre)	85 €	93,50 €	102 €	110,50 €
Verre enfant (par verre)	35 €	38,50 €	42 €	45,50 €

Niveau « Equipements » 3

	1 ^{ère} année (jusqu'au 12 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	2 ^{ème} année (du 13 ^{ème} au 24 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	3 ^{ème} année (du 25 ^{ème} au 36 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	A compter de la 4 ^{ème} année (à partir du 37 ^{ème} mois suivant l'adhésion)
Couronne dentaire et pilier de bridge	260 €	286 €	312 €	338 €
Appareil dentaire amovible et inter de bridge (de 1 à 3 dents)	200 €	220 €	240 €	260 €
Verre unifocal adulte (par verre)	70 €	77 €	84 €	91 €
Verre multifocal adulte (par verre)	115 €	126,50 €	138 €	149,50 €
Verre enfant (par verre)	50 €	55 €	60 €	65 €

Niveau « Equipements » 4

	1ère année (jusqu'au 12 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	2ème année (du 13 ^{ème} au 24 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	3^{ème} année (du 25 ^{ème} au 36 ^{ème} mois suivant l'adhésion)	A compter de la 4^{ème} année (à partir du 37 ^{ème} mois suivant l'adhésion)
Couronne dentaire et pilier de bridge	345,00 €	379,50 €	414,00 €	448,50 €
Appareil dentaire amovible et inter de bridge (de 1 à 3 dents)	250,00 €	275,00 €	300,00 €	325,00 €
Verre unifocal adulte (par verre)	90,00 €	99,00 €	108,00 €	117,00 €
Verre multifocal adulte (par verre)	135,00 €	148,50 €	162,00 €	175,50 €
Verre enfant (l'unité)	75,00 €	82,50 €	90,00 €	97,50 €

Annexe 4 – Détail des garanties d'assistance

1 – Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation

Les garanties décrites ci-dessous sont mises en œuvre **en cas d'accident ou de maladie** de l'assuré* entraînant une hospitalisation ou une immobilisation à domicile*.

Dans le cadre des garanties d'assistance, il faut entendre par hospitalisation tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé **incluant au moins une nuit, à l'exclusion des structures de soins telles que les centres de convalescence, les centres de rééducation et les centres de cures thermales.**

L'hospitalisation ou l'immobilisation à domicile est considérée comme non programmée dès lors que l'assuré* n'en a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

Les transports de personnes prévus dans ces garanties s'effectuent en taxi, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique.

➤ **En cas d'hospitalisation, programmée ou non, d'une durée supérieure à 2 jours ou d'immobilisation au domicile* d'une durée supérieure à 5 jours de l'adhérent* ou de son conjoint***

Ce qui est garanti

- **Présence d'un proche au chevet de l'adhérent* ou de son conjoint***
Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine.
Organisation et prise en charge de 2 nuits d'hébergement **dans la limite de 92 €.**
- **Fermeture du domicile* quitté en urgence**
En cas de départ précipité pour un établissement hospitalier :
 - organisation de la fermeture des accès du domicile* et des éléments situés à l'intérieur du domicile* (lumières, appareils électriques...) ainsi que du traitement des denrées périssables (poubelle, réfrigérateur...) **dans la limite de 2 heures d'intervention.**
 - prise en charge des frais de taxi nécessaires à la récupération et à la restitution des clés **dans la limite de 100 € par trajet**
- **Transfert post-hospitalisation du bénéficiaire chez un proche**
Dans les 5 jours suivants la sortie de l'hôpital, organisation et prise en charge du déplacement non médicalisé A/R chez un proche en France métropolitaine **dans la limite de 200 €**
- **Intervention d'une aide à domicile**
Dès le premier jour d'hospitalisation ou au retour au domicile*, mise à disposition d'une aide à domicile.
Minimum de 2 heures par jour **dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois** ⁽¹⁾.
- **Soutien scolaire ou aide aux devoirs (pour les enfants du primaire au secondaire)**
Pendant toute la durée de l'hospitalisation, les enfants de l'adhérent* ou de son conjoint* peuvent bénéficier :
 - s'ils restent au domicile* : d'une aide aux devoirs **dans la limite de 2 heures par semaine pour chaque enfant (hors vacances scolaires et jours fériés), et sur une période maximale d'un mois.** ⁽¹⁾
 - s'ils sont transférés chez un proche éloigné géographiquement de leur école (+ de 50 km) : d'un soutien scolaire chez ce proche **dans la limite de 3 heures par jour ouvré (hors vacances scolaires et jours fériés) et par foyer, sur une période maximale d'un mois** ⁽¹⁾.

- Prestations diverses

Dès le premier jour ou au retour au domicile*, l'adhérent* ou son conjoint* peut bénéficier de :

- la livraison de médicaments dans la limite d'une livraison sur une période maximale d'un mois. Le coût des médicaments reste à la charge de l'adhérent* ou de son conjoint*.
- la livraison des courses : transport A/R au centre commercial le plus proche ou prise en charge des frais de livraison d'une commande, dans la limite d'une livraison par semaine sur une période maximale d'un mois. Le coût des courses reste à la charge de l'adhérent* ou de son conjoint*.
- le portage de repas : livraison d'un pack de repas, composé de 5 ou 7 jours de repas (à définir à la commande), dans la limite d'une livraison sur une période maximale d'un mois. Le prix du repas reste à la charge de l'adhérent* ou de son conjoint*.
- le portage d'espèces : transport A/R jusqu'à la banque de l'adhérent* ou de son conjoint* ou portage d'espèces (maximum 150 €) au domicile* par un prestataire agréé contre reconnaissance de dette dans la limite d'un A/R ou d'un portage sur une période maximale d'un mois.
- la coiffure à domicile* : déplacement d'un coiffeur au domicile* dans la limite d'un déplacement sur une période maximale d'un mois. Le prix de la coupe reste à la charge de l'adhérent* ou de son conjoint*.

⁽¹⁾ Le nombre d'heures ou de jours nécessaires sera évalué par IMA Assurances en fonction de la situation personnelle de l'assuré*. Il pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

➤ En cas d'hospitalisation non programmée (sans condition de durée), d'hospitalisation programmée de plus de 2 jours ou d'immobilisation au domicile* d'une durée supérieure à 5 jours de l'adhérent* ou de son conjoint*

Ce qui est garanti

- Prise en charge des enfants et petits-enfants (vivant au domicile* et âgés de moins de 16 ans) de l'adhérent* ou de son conjoint*

Organisation et prise en charge d'une des prestations suivantes :

- déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine
- OU déplacement A/R des enfants ou petits-enfants et de l'adulte qui les accompagne au domicile* d'un proche en France métropolitaine. En cas d'indisponibilité d'un accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde des enfants ou petits-enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile* dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois. ⁽¹⁾

- Conduite des enfants et petits-enfants (vivant au domicile* et âgés de moins de 16 ans) de l'adhérent* ou de son conjoint* à l'école et aux activités extrascolaires

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, les enfants ou petits-enfants bénéficient de :

- la conduite A/R à l'école par un prestataire 1 fois par jour dans la limite de 5 jours réparties sur une période maximale d'un mois. ⁽¹⁾
- la conduite aux activités extrascolaires par un prestataire 1 fois par semaine pour chaque enfant sur une période maximale d'un mois. ⁽¹⁾

- Prise en charge des ascendants de l'adhérent* ou de son conjoint* vivant au domicile*

Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche OU du transfert chez un proche en France métropolitaine

Si cette solution ne convient pas organisation et prise en charge de la garde à domicile* dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois ⁽¹⁾.

- Transfert et garde des chats et chiens

Organisation et prise en charge du transport et/ou hébergement des chats et/ou chiens vivant au domicile* de l'adhérent* ou de son conjoint* sur une période maximale d'un mois.

⁽¹⁾ Le nombre d'heures ou de jours nécessaires sera évalué par IMA Assurances en fonction de la situation personnelle de l'assuré*. Il pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

- **En cas d'hospitalisation programmée ou non de plus de 14 jours de l'adhérent* ou de son conjoint***

Ce qui est garanti

- **Préparation du retour au domicile***

Dans les 48h précédant le retour au domicile*, mise à disposition d'une aide à domicile chargée de préparer le retour au domicile* de l'adhérent* ou de son conjoint* (ménage, chauffage, courses...) **dans la limite de 4 heures d'intervention** ⁽¹⁾.

Prise en charge des frais de taxi nécessaires à la récupération et à la restitution des clés **dans la limite de 100 € par trajet**

⁽¹⁾ Le nombre d'heures ou de jours nécessaires sera évalué par IMA Assurances en fonction de la situation personnelle de l'assuré*. Il pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

- **En cas d'hospitalisation non programmée (sans condition de durée) ou d'hospitalisation programmée de plus de 2 jours d'un enfant ou petit-enfant vivant au domicile* et âgé de moins de 16 ans**

Ce qui est garanti

- **Garde des enfants ou petits-enfants malades ou blessés**

Organisation et prise en charge d'**une** des prestations suivantes :

- déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine
- OU déplacement A/R des enfants ou petits-enfants malades et de l'adulte qui les accompagne au domicile* d'un proche en France métropolitaine. *En cas d'indisponibilité d'un accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.*

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge la garde des enfants ou petits-enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile* **dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois.** ⁽¹⁾

- **Garde des frères et sœurs de l'enfant malade ou blessé**

Organisation et prise en charge d'**une** des prestations suivantes :

- déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine
- OU garde des frères et sœurs au domicile* par un intervenant spécialisé **dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois.** ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Le nombre d'heures ou de jours nécessaires sera évalué par IMA Assurances en fonction de la situation personnelle de l'assuré*. Il pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

- **En cas d'hospitalisation programmée ou non ou d'immobilisation au domicile* d'une durée d'au moins 2 semaines d'un enfant**

Ce qui est garanti

- **Soutien scolaire à domicile***

Soutien pédagogique dans l'année scolaire en cours (pour les enfants du primaire au secondaire) jusqu'à la reprise des cours **dans la limite de 3 heures par jour ouvré (hors vacances scolaires et jours fériés)** ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Le nombre d'heures ou de jours nécessaires sera évalué par IMA Assurances en fonction de la situation personnelle de l'assuré*. Il pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

➤ En cas d'immobilisation au domicile* programmée ou non de plus de 5 jours d'un assuré*

Ce qui est garanti

- **Transport aux rendez-vous médicaux**
Organisation et prise en charge du transport non médicalisé A/R de l'assuré* de son domicile* vers le cabinet médical ou l'hôpital situé **dans un rayon de 50 km, dans la limite d'un A/R sur une période maximale d'un mois.**

➤ A la suite d'un événement traumatisant affectant un assuré* (maladie, décès, licenciement, divorce)

Ce qui est garanti

- **Soutien psychologique**
Prise en charge de 1 à 5 entretiens téléphoniques et de 1 à 3 entretiens en face à face si nécessaire avec un intervenant spécialisé, dans un délai d'un an à compter de la date de survenance de l'événement.

2 – Assistance en cas de naissance ou d'adoption

Les transports de personnes prévues dans ces garanties s'effectuent en taxi, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique.

➤ Dès le retour au domicile de l'assurée* ou de la conjointe* de l'assuré*

Ce qui est garanti

- **Intervention d'une aide à domicile**
Dès le retour au domicile*, mise à disposition d'une aide à domicile.
Minimum de 2 heures par jour **dans la limite de 4 heures réparties sur une période maximale de 15 jours à compter du retour au domicile* (1).**
- **Acquisition des premiers gestes**
Dès le retour au domicile*, envoi d'un intervenant qualifié au domicile pour faciliter l'acquisition des premiers gestes liés à la maternité, **dans la limite de 2 heures réparties sur une période maximale de 15 jours à compter du retour au domicile* (1).**
- **Informations naissance**
Vous pouvez bénéficier de conseils téléphoniques dispensés par les médecins d'IMA Assurances sur des sujets relatifs aux nouveaux-nés tels que l'alimentation et la prévention.

(1) Le nombre d'heures ou de jours nécessaires sera évalué par IMA Assurances en fonction de la situation personnelle de l'assuré*. Il pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

➤ En cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à 8 jours de l'assurée* ou de la conjointe* de l'assuré*, liée à un accouchement

Ce qui est garanti

- **Présence d'un proche au chevet**
Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine.
Organisation et prise en charge de 2 nuits d'hébergement **dans la limite de 92 €.**
- **Intervention d'une aide à domicile**
Dès le premier jour ou au retour au domicile*, mise à disposition d'une aide à domicile.
Minimum de 2 heures par jour **dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois (1).**

- **Prise en charge de vos enfants et petits-enfants (vivant au domicile* et âgés de moins de 16 ans)**
Organisation et prise en charge **d'une** des prestations suivantes :
 - déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine
 - OU déplacement A/R des enfants ou petits-enfants et de l'adulte qui les accompagne au domicile* d'un proche en France métropolitaine. *En cas d'indisponibilité d'un accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.*

Si aucune de ces solutions ne convient, organisation et prise en charge de la garde des enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile* **dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois.** ⁽¹⁾
- **Conduite à l'école de vos enfants et petits-enfants (vivant au domicile* et âgés de moins de 16 ans)**
Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, conduite à l'école par un prestataire **1 fois par jour dans la limite de 5 jours répartis sur une période maximale d'un mois.** ⁽¹⁾
- **Conduite de vos enfants et petits-enfants (vivant au domicile* et âgés de moins de 16 ans) aux activités extrascolaires**
Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, conduite aux activités extrascolaires par un prestataire **1 fois par semaine pour chaque enfant sur une période maximale d'un mois.** ⁽¹⁾
- **Soutien scolaire ou aide aux devoirs (pour les enfants du primaire au secondaire)**
Pendant toute la durée de l'hospitalisation, vos enfants peuvent bénéficier :
 - s'ils restent au domicile* : d'une aide aux devoirs **dans la limite de 2 heures par semaine pour chaque enfant (hors vacances scolaires et jour férié), et sur une période maximale d'un mois.** ⁽¹⁾
 - s'ils sont transférés chez un proche éloigné géographiquement de leur école (+ 50 km) : d'un soutien scolaire chez ce proche **dans la limite de 3 heures par jour ouvré (hors vacances scolaires et jour férié) et par foyer sur une période maximale d'un mois.** ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Le nombre d'heures ou de jours nécessaires sera évalué par IMA Assurances en fonction de la situation personnelle de l'assuré*. Il pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

3 – Assistance en cas de pathologies lourdes

Lorsqu'un assuré* est atteint d'une des pathologies lourdes listées à l'annexe 5, il peut bénéficier des garanties d'assistance suivantes dans les situations énumérées ci-dessous :

- déclaration d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours consécutifs,
- aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours consécutifs.

Ce qui est garanti

- **Enveloppe de services pour les assurés* adultes**

L'assuré* adulte malade bénéficie d'une enveloppe de 100 unités de services qu'il peut utiliser sur une **période maximale de 12 mois à compter de la sortie de l'hôpital.**

Les services qui peuvent être mis en œuvre sont les suivants :

- aide à domicile (minimum de 2 heures par jour),
- présence d'un proche (prise en charge du transport A/R et de l'hébergement **dans la limite de 2 nuits, petits-déjeuners inclus à concurrence de 92 € par nuit**)
- livraison de médicaments (le coût des médicaments reste à la charge de l'assuré*),
- transport aux RDV médicaux (**dans un rayon de 50 km du domicile***),
- portage des repas (**dans la limite d'une livraison par semaine** ; le coût du repas reste à la charge de l'assuré*),
- livraison de courses (**dans la limite d'une livraison par semaine.** Le coût des courses reste à la charge de l'assuré*),
- coiffure à domicile* (le coût de la coupe reste à la charge de l'assuré*),
- entretien du jardin,
- garde d'enfants,
- conduite à l'école (**dans la limite d'un A/R par jour**) et aux activités extrascolaires (**dans la limite d'un A/R par semaine et par enfant**) pour les enfants de moins de 16 ans.

Chacun des services proposés équivaut à un nombre d'unité défini :

- aide à domicile : 1 heure = 1 unité
- présence d'un proche : 1 A/R + hébergement = 10 unités
- livraison de médicaments: 1 livraison = 2 unités
- transport aux RDV médicaux : 1 transport A/R = 4 unités
- portage de repas: 1 livraison = 1 unité
- livraison de courses : 1 livraison = 4 unités
- coiffure à domicile*: 1 déplacement = 1 unité
- entretien jardin : 1 heure = 1 unité
- garde d'enfants : 1 heure = 2 unités
- conduite à l'école ou aux activités extrascolaires: 1 trajet A/R = 2 unités

- **Enveloppe de services pour les assurés* enfants**

L'assuré* enfant malade bénéficie d'une enveloppe de 100 heures de services qu'il peut utiliser sur une **période maximale de 12 mois**.

Les services qui peuvent être mis en œuvre sont les suivants :

- garde d'enfant malade,
- présence d'un proche au chevet de l'enfant malade (prise en charge du transport A/R et de l'hébergement **dans la limite de 2 nuits, petits-déjeuners inclus à concurrence de 92 € par nuit**),
- transport aux RDV médicaux (**dans un rayon de 50 km du domicile***),
- portage des repas (**dans la limite d'une livraison par semaine** ; le coût du repas reste à la charge de l'assuré*),
- livraison de courses (**dans la limite d'une livraison par semaine**. Le coût des courses reste à la charge de l'assuré*),
- coiffure à domicile* (le coût de la coupe reste à la charge de l'assuré*),

Chacun des services proposés équivaut à un nombre d'unité défini :

- garde d'enfants : 1 heure = 2 unités
- présence d'un proche au chevet : 1A/R + hébergement = 10 unités
- transport aux RDV médicaux : 1 transport A/R = 4 unités
- portage de repas : 1 livraison = 1 unité
- livraison de courses : 1 livraison = 4 unités
- coiffure à domicile* : 1 déplacement = 1 unité

- **Visite d'un ergothérapeute et travaux d'aménagement du domicile***

L'assuré* peut bénéficier d'un bilan réalisé par un ergothérapeute comprenant l'analyse de ses capacités à réaliser les différents actes de la vie quotidienne et des propositions d'aménagement du domicile*. **Dans la limite d'un bilan par événement.**

A la suite de ce bilan, l'assuré* pourra être mis en relation avec un prestataire pour la mise en œuvre des travaux d'aménagement préconisés. Le devis établi par le prestataire est facturé 50 €, remboursés lorsque les travaux sont effectivement réalisés. Le coût des travaux reste à la charge de l'assuré*.

- **Téléassistance**

Prise en charge de l'installation d'un dispositif de téléassistance ainsi que des 3 premiers mois d'abonnement.

4 – Assistance obsèques

Les transports de personnes prévues dans ces garanties s'effectuent en taxi, train 1^{ère} classe ou avion de ligne classe économique.

➤ **En cas de décès d'un assuré***

Ce qui est garanti

- **Aide à l'organisation des obsèques**

Sur demande des proches, aide à l'organisation des obsèques (en liaison avec les prestataires funéraires). Les proches peuvent également bénéficier d'une avance de frais remboursable dans un délai de 30 jours.

➤ En cas de décès de l'adhérent* ou de son conjoint*

Ce qui est garanti

- **Intervention d'une aide à domicile**
Mise à disposition d'une aide à domicile. Minimum de 2 heures par jour **dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois** ⁽¹⁾.
- **Prise en charge des enfants ou petits-enfants (vivant au domicile* et âgés de moins de 16 ans)**
Organisation et prise en charge **d'une** des prestations suivantes :
 - déplacement A/R d'un proche en France métropolitaine
 - OU déplacement A/R des enfants ou petits-enfants et de l'adulte qui les accompagne au domicile* d'un proche en France métropolitaine. *En cas d'indisponibilité d'un accompagnateur, l'accompagnement est assuré par un prestataire conventionné.***Si aucune de ces solutions ne convient**, organisation et prise en charge la garde des enfants chez un intervenant spécialisé ou au domicile* **dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois.** ⁽¹⁾
- **Conduite à l'école des enfants et petits-enfants (vivant au domicile* et âgés de moins de 16 ans) de l'adhérent* ou de son conjoint***
Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, conduite à l'école par un prestataire **1 fois par jour dans la limite de 5 jours répartis sur une période maximale d'un mois.** ⁽¹⁾
- **Conduite des enfants et petits-enfants (vivant au domicile* et âgés de moins de 16 ans) de l'adhérent* ou de son conjoint*aux activités extrascolaires**
Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, conduite aux activités extrascolaires par un prestataire **1 fois par semaine pour chaque enfant sur une période maximale d'un mois.** ⁽¹⁾
- **Prise en charge des ascendants vivant au domicile* de l'adhérent* ou de son conjoint***
Organisation et prise en charge du déplacement A/R d'un proche OU du transfert chez un proche en France métropolitaine
Si cette solution ne saurait convenir, organisation et prise en charge la garde à domicile* **dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale d'un mois** ⁽¹⁾.
- **Transfert et garde des chats et chiens**
Organisation et prise en charge du transport et/ou hébergement des chats et/ou chiens vivant au domicile* de l'adhérent* ou de son conjoint* **sur une période maximale d'un mois.**

⁽¹⁾ Le nombre d'heures ou de jours nécessaires sera évalué par IMA Assurances en fonction de la situation personnelle de l'assuré*. Il pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

5 – Informations et conseils

➤ Sur simple demande de l'assuré*

Ce qui est garanti

- **Prestations médicales**
Dès la souscription et hors urgence médicale, l'assuré* peut bénéficier de :
 - conseils médicaux (24h/ 24),
 - informations juridiques ciblées sur les thématiques santé et famille (du lundi au samedi de 9h à 19h, hors jours fériés).
 - conseils sociaux : organismes sociaux, démarches auprès de l'employeur, caisses d'allocations familiales, aides sociales, aides financières... **dans la limite de 5 entretiens par an et par foyer** (du lundi au vendredi de 9h à 19h, hors jours fériés).

Annexe 5 – Liste des pathologies ouvrant droit à l'assistance en cas de pathologies lourdes prévue à l'article 17.3

- Accident vasculaire cérébral invalidant
- Infarctus ou pathologie cardiaque invalidante
- Hémopathies
- Insuffisance hépatique sévère
- Diabète insulino-instable
- Myopathie
- Insuffisance respiratoire instable
- Parkinson non équilibré
- Mucoviscidose
- Insuffisance rénale dialysée décompensée
- Suites de transplantation d'organe
- Paraplégie non traumatique
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive
- Sclérose en plaques
- Sclérose latérale amyotrophique,
- Complication invalidante suite à des actes chirurgicaux
- Polypathologies
- Pathologies nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie