

NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT OBLIGATOIRE

DS 450
Janvier 2016

Destinée aux adhérents affiliés au contrat collectif N°
à adhésion obligatoire souscrit auprès de France Mutuelle

FRAIS DE SANTE

SOMMAIRE

1. LE CONTRAT OBLIGATOIRE FRAIS DE SANTE.....	3
1.1. Objet.....	3
1.2. Affiliation	3
2. LES PRESTATIONS DU CONTRAT OBLIGATOIRE FRAIS DE SANTE.....	3
2.1. Règles générales de remboursement.....	3
2.2. Modalités de remboursement.....	4
2.2.1. Conditions générales de remboursement	4
2.2.2. Conditions spécifiques de remboursement	4
2.3. Accident	6
2.4. Déchéance	6
2.5. Caractère indemnitaire.....	6
2.6. Pluralité de contrats d'assurance	6
2.7. Les services d'assistance santé délivrés par INTER PARTNER Assistance	6
3. LA VIE DU CONTRAT OBLIGATOIRE FRAIS DE SANTE.....	7
3.1. Cotisations	7
3.1.1. Paiement de la cotisation	7
3.1.2. Cotisations complémentaires et taxes.....	7
3.1.3. Conséquences du non-paiement	7
3.1.4. Evolution des cotisations	7
3.2. Le maintien du contrat	7
3.2.1. Redressement – liquidation judiciaire	7
3.2.2. Suspension du contrat de travail.....	7
3.2.3. Rupture du contrat de travail.....	8
3.3. Fin de l'affiliation	8
3.3.1. Résiliation du contrat collectif	8
3.3.2. Départ de l'entreprise	8
3.4. Cessation des garanties.....	9
3.5. Délit et Fausse déclaration intentionnelle.....	9
3.6. Informatique et Libertés	9
3.7. Organisme de contrôle.....	9
3.8. Réclamations – Médiation - Compétence territoriale.....	10
3.9. Prescription	10
3.10. Droit applicable – Langue.....	10
4. DEFINITION DES MOTS CLES	10
ANNEXE 1. TABLEAU DES PRESTATIONS.....	15
ANNEXE 2 : GARANTIES D'ASSISTANCE - ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN	18

1. LE CONTRAT OBLIGATOIRE FRAIS DE SANTE

1.1. Objet

Cette notice a pour objet d'informer les adhérents des conditions et des modalités d'entrée en vigueur du contrat frais de santé souscrit auprès de la mutuelle, ainsi que des formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Les garanties du contrat frais de santé sont conformes aux minimas imposés par la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 sur la sécurisation de l'emploi dite « ANI » ainsi qu'au cahier des charges du contrat responsable et solidaire défini à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale issu de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et du décret 2014-13674 du 18 novembre 2014.

Le contrat souscrit par l'employeur (aussi dénommé le Souscripteur) au bénéfice de ses salariés intervient en premier après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La présente notice est remise en même temps que les statuts de la mutuelle. Elle correspond aux conditions générales de la garantie.

Le tableau des prestations présenté dans un document complémentaire joint à la notice composent les conditions spécifiques de la garantie.

1.2. Affiliation

La garantie est mise en place à titre obligatoire dans les conditions prévues aux dispositions de l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale.

Dans le cas où les facultés de dispenses sont de droit, la dispense est à l'initiative du salarié.

Dans le cas où des facultés de dispense sont prévues dans l'acte juridique ayant institué le régime, le souscripteur a l'obligation de demander aux salariés bénéficiaires d'une dispense d'affiliation, de justifier chaque année de la réalité de celle-ci.

Les cas de dispense d'adhésion de certains salariés, s'ils existent, sont énoncés dans l'acte de mise en place du régime frais de santé (décision unilatérale de l'employeur, accord collectif ou referendum).

Dès la confirmation de l'adhésion par le souscripteur, l'adhérent reçoit un numéro d'adhérent, référence unique et spécifique à la mutuelle. Ce numéro est à rappeler obligatoirement dans toutes les relations ou correspondances avec la mutuelle.

L'affiliation emporte acceptation des droits et obligations définis par le contrat collectif et reproduits dans la présente notice. L'adhérent acquiert la qualité de membre participant de la mutuelle.

2. LES PRESTATIONS DU CONTRAT OBLIGATOIRE FRAIS DE SANTE

2.1. Règles générales de remboursement

Le contrat frais de santé a pour objet de garantir à l'adhérent ainsi que ses ayants droit inscrits sur son dossier, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés pendant la période de garantie, tels que présentés dans le tableau des prestations joint à la présente notice.

Les remboursements prévus par le contrat interviennent en complément des prestations servies par la Sécurité sociale. Toutefois, certaines prestations non remboursées par la Sécurité sociale peuvent être prises en charge dans les conditions détaillées dans le tableau des prestations.

Toutes les limitations par an et les forfaits annuels s'entendent par année civile.

Le contrat contient au minimum deux prestations de prévention parmi celles fixées après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire.

Toutes les prestations autres que celles mentionnées dans le tableau des prestations de la présente notice ne sont pas prises en charge par la mutuelle.

2.2. Modalités de remboursement

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte de l'adhérent (ou de son ayant droit) soit sur présentation des pièces justificatives ci-après, soit en relation directe avec les organismes gestionnaires du régime d'assurance maladie obligatoire.

Tout justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé. La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoire.

2.2.1. Conditions générales de remboursement

Pour tous les dossiers, hors échanges CPAM et/ou éventuelle transaction remboursement mutuelle simultanée (RMS), l'original du décompte de la Sécurité Sociale ou de l'impression du décompte AMELI ou de tout autre Régime Obligatoire ou encore le reçu des tickets modérateurs délivré par les centres de soins, dispensaires... doit être fourni.

L'adhérent doit transmettre à la mutuelle ces justificatifs sur lesquels il lui appartient de faire obligatoirement figurer son numéro d'adhérent.

En vue du règlement des prestations dans les limites des garanties souscrites, les pièces justificatives à fournir à la mutuelle sont :

- les notes d'honoraires ou de frais, mémoires, ou factures acquittées, établis en bonne et due forme, datés et signés par le praticien ou l'établissement qui les a délivrés, mentionnant, d'une façon précise, les noms et prénoms de la personne soignée ou opérée, la date des soins, la codification et, le cas échéant, la nature des actes pratiqués et n° ADELI ou FINESS ;
- le décompte original/ Ameli des prestations servies par la Sécurité Sociale ou, en cas de refus de prise en charge, une déclaration de cet organisme faisant connaître les raisons pour lesquelles il n'est pas intervenu et notamment pour :
 - la prise en charge de la participation forfaitaire sur les actes médicaux dont le tarif est égal ou supérieur à un montant ou à un coefficient fixé par la réglementation, présentation de la facture acquittée.
 - les prestations non prises en charge par la Caisse Maladie figurant dans les fiches et notices d'information, la facture acquittée établie par un praticien habilité et contenant la désignation de l'acte et du bénéficiaire.

2.2.2. Conditions spécifiques de remboursement

Concernant certaines garanties, si la formule choisie la prévoit, et sur présentation des justificatifs demandés, la prise en charge de la mutuelle est limitée dans le temps et/ou dans son montant (forfait annuel ou biennal en optique, chaque année s'entendant en année civile), tel que cela figure dans le tableau des prestations dans les conditions décrites ci-après :

- **pour l'ostéopathie, la chiropraxie, l'étiopathie**, le remboursement de cette prestation s'effectue sur la base de la facture comportant : les nom et prénom du bénéficiaire, la date de la séance, le montant payé pour la consultation, le cachet et la signature du praticien, le numéro d'enregistrement du Professionnel de Santé au fichier ADELI.
- **pour l'acupuncture**, le remboursement de cette prestation s'effectue sur la base du décompte du régime obligatoire et de la facture comportant : les nom et prénom du bénéficiaire, la date de la séance, le montant payé pour la consultation « généraliste » ou « Acte Technique Médical (ATM) », le cachet et la signature du praticien, le numéro d'enregistrement du Professionnel de Santé au fichier ADELI.
- **pour les prothèses dentaires et implants** : FRANCE MUTUELLE prend en charge les prothèses, implants, bridges et appareils amovibles sur présentation d'une facture acquittée avec désignation de l'acte conformément à la nouvelle nomenclature bucco-dentaire (avenants 2 et 3 à la convention des chirurgiens-dentistes et l'avenant 11 à la convention des médecins).

Toutefois, un refus de prise en charge sera opposé dès lors que :

- la date de la facture présentée est antérieure à l'adhésion à la mutuelle,
- les implants et prothèses dentaires ayant été réalisés à l'étranger et n'ayant donné lieu à aucun remboursement par le régime obligatoire français. Ces implants et prothèses dentaires ne sont alors pas remboursés par la mutuelle, sauf pour les adhérents affiliés à la caisse des français à l'étranger (CFE) conformément à l'article 8 des statuts de la mutuelle.

Afin d'assurer le contrôle des travaux dentaires, le dentiste consultant de la mutuelle se réserve le droit, le cas échéant, de :

- demander la remise d'une radiographie panoramique à jour,
- ou de soumettre l'adhérent ou son ayant droit à un examen clinique gratuit, celui-ci pouvant, s'il le souhaite, venir à ses frais, assisté de son dentiste personnel.

- **pour l'orthodontie dentofaciale, la parodontologie et le surfaçage**, les traitements doivent faire l'objet d'une demande d'entente préalable formulée auprès du médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie. Cette demande doit intervenir avant le 16e anniversaire de l'enfant pour la prise en charge des travaux d'orthodontie.

Ces traitements dispensés aux adultes et refusés par la Caisse d'Assurance Maladie sont pris en charge par la mutuelle dans la limite indiqué dans la garantie et sur présentation de la facture acquittée.

- **pour les frais d'optique**, le remboursement est limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Ce délai de 24 mois est fixe, ne pouvant être ni réduit ni allongé, le renouvellement de l'équipement dans un délai inférieur ne pourra donner lieu à une prise en charge par FRANCE MUTUELLE. Pour les adhésions en cours au 1er janvier 2016, il s'apprécie à compter de cette dernière date à laquelle sont entrées en vigueur les nouvelles garanties conformes au cahier des charges du contrat responsable issu notamment du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014. Pour les adhésions postérieures, le délai s'apprécie à compter de la date d'adhésion à la garantie. Par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Le remboursement des frais d'optique s'effectue sur la base de :

- la prescription médicale,
 - la facture détaillée de l'opticien mentionnant explicitement d'une part, la nature et le prix des verres, d'autre part, le prix de la monture,
 - en cas de renouvellement de l'équipement intervenant sur une période inférieure à deux ans, la prescription médicale doit porter une mention du médecin ophtalmologue attestant du niveau d'évolution de la vue de l'adhérent ou de son ayant droit.
- **pour les lentilles de contact refusées, la chirurgie réfractive et les vaccins**, la prescription ainsi que la facture acquittée avec la désignation de l'acte.
 - **pour les auxiliaires médicaux** exerçant leur pratique dans le cadre fixé par les ordres, en cas de dépassement d'honoraires, la photocopie de la feuille de soins mentionnant « DE » ainsi que la facture correspondante.
 - **pour les prestations médicales et médico-chirurgicales exécutées à l'étranger**, à l'exception des prothèses dentaires et implants réalisés à l'étranger qui ne sont pas pris en charge par la mutuelle (voir prothèses dentaires et implants supra), les factures détaillées et le décompte original de la caisse d'assurance maladie française afférent à ces soins à l'étranger.
 - **pour les frais de prothèses** (hors prothèses dentaires et implants voir *supra*) **et d'appareillage**, le décompte de la caisse d'assurance maladie et la facture dûment acquittée justifiant l'achat.
 - **pour le matériel acoustique**, le décompte de la Caisse d'Assurance Maladie et la facture dûment acquittée justifiant l'achat, celle-ci est doublée en cas d'appareil stéréophonique.
 - **pour la prise en charge hospitalière en établissement conventionné** (sous réserve de l'encaissement de la cotisation) : l'adhérent, son ayant droit ou l'établissement doit adresser à la mutuelle sa demande de prise en charge par courrier à :

GMC Gestion

Unité de Gestion n°38
1 rue Marcel Paul
44019 NANTES CEDEX 1
Tel : 02 51 88 76 38
gmcg.ug38@henner.fr

afin qu'elle lui délivre une prise en charge évitant ainsi l'avance des frais : ticket modérateur pour le séjour, éventuellement chambre particulière (hors hospitalisation en ambulatoire), et le forfait journalier hospitalier.

En cas de dépassement d'honoraires, l'adhérent ou son ayant droit soumet à la mutuelle l'original de la facture de l'établissement hospitalier sur laquelle figurent les honoraires (bordereau de facturation S3404 et mode opératoire).

- **Pour les maisons de repos, de convalescence ou de réadaptation**, les frais de chambre particulière font l'objet d'une prise en charge pour la durée maximum prévue par le contrat, et par année civile, sous réserve de l'encaissement de la cotisation. S'il s'agit d'établissement agréé par la caisse d'assurance maladie, mais non conventionné, aucune prise en charge préalable ne peut être

établie. L'adhérent doit acquitter l'intégralité des frais et faire parvenir à la mutuelle les pièces justificatives habituelles (décomptes de la caisse d'assurance maladie et factures originales dûment acquittées).

- **pour les autres frais non pris en charge par la caisse d'assurance maladie** : un forfait annuel est accordé notamment sur les médicaments avec ou sans prescription médicale (dont l'homéopathie) mais sans remboursement de la Sécurité sociale, sur les pilules, implants et stérilets contraceptifs, sur les médicaments pour le sevrage tabagique, sur le bilan diététique, sur présentation de la facture acquittée et le cas échéant, de la prescription.

La carte de tiers payant permet de bénéficier d'une dispense d'avance de frais auprès des catégories de professionnels de santé indiqués sur cette carte si ces derniers acceptent le tiers payant.

2.3. Accident

En cas d'accident, l'adhérent doit informer la mutuelle de l'origine accidentelle des soins qui en découlent. On entend par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent ou de celle de son ayant droit provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Pour le paiement des prestations, la mutuelle est subrogée dans les droits et actions de l'adhérent, victime d'un accident, contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la garantie de l'adhérent n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

2.4. Déchéance

Pour être recevable, toute demande de paiement des prestations doit parvenir à la mutuelle dans un **délai de vingt-quatre (24)** mois maximum de date à date à compter de la délivrance par le régime obligatoire du justificatif de paiement ou de l'acquiescement de la facture.

2.5. Caractère indemnitaire

Les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire. Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent ou à celle de son ayant droit après les remboursements de toute nature auxquels celui-ci a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale.

2.6. Pluralité de contrats d'assurance

En cas de pluralité de contrats garantissant l'adhérent ou son ayant droit, conformément à l'article 2 alinéa 1er du décret n°90-769 du 30 août 1990, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

2.7. Les services d'assistance santé délivrés par INTER PARTNER Assistance

En complément des garanties d'assurance, France MUTUELLE met à disposition des adhérents avec son partenaire INTER PARTNER Assistance Santé au Quotidien des services d'assistance. Le détail des services proposés par INTER PARTNER Assistance ainsi que leurs conditions d'octroi se trouvent en ANNEXE 2 du présent contrat.

3. LA VIE DU CONTRAT OBLIGATOIRE FRAIS DE SANTE

3.1. Cotisations

3.1.1. Paiement de la cotisation

La cotisation est financée au minimum à 50% par l'employeur mais peut-être modulée en fonction des résultats de la négociation salariale. La répartition de la cotisation entre employeur et salarié est précisée dans l'acte de mise en place du régime frais de santé (décision unilatérale de l'employeur, accord collectif ou referendum).

Chaque année un appel de cotisation est adressé au souscripteur par la mutuelle pour le paiement de la cotisation annuelle au 1^{er} janvier de l'année suivante.

3.1.2. Cotisations complémentaires et taxes

Des cotisations spéciales destinées soit à un organisme fédéral, soit à des organismes techniques public ou privés, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes peuvent s'ajouter à la cotisation annuelle de la mutuelle.

3.1.3. Conséquences du non-paiement

En cas de non-paiement des cotisations, les dispositions de l'article L.221-8 I. du code de la mutualité s'appliquent.

Si la cotisation n'est pas réglée dans les 10 jours de son échéance, une mise en demeure sera adressée par la mutuelle au souscripteur l'informant des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Si elle n'est pas suivie d'effets, le contrat pourra être suspendu trente jours après cette mise en demeure.

L'adhérent sera alors informé au plus tôt quarante jours après l'échéance de paiement, de la possible résiliation du contrat collectif que ce défaut de paiement peut entraîner, sauf s'il entreprend de se substituer au souscripteur pour le paiement de la cotisation.

3.1.4. Evolution des cotisations

La cotisation peut être révisée chaque année par la mutuelle à la date d'échéance annuelle en fonction du résultat technique du contrat et/ou d'une modification du risque (population assurée, type de contrat, modifications des garanties, évolution prévisionnelle des dépenses de santé...).

Lorsque le risque se trouve modifié du fait de l'entrée en vigueur d'un nouveau dispositif législatif ou réglementaire, impactant notamment la réglementation fiscale ou sociale, la mutuelle pourra être amenée à procéder en cours d'année à des réactualisations de prestations et de cotisations.

3.2. Le maintien du contrat

3.2.1. Redressement – liquidation judiciaire

En cas de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire du souscripteur, le contrat pourra être maintenu ou sera résilié selon les conditions prévues par la réglementation en vigueur (notamment art. L610-1 et suivants du code de commerce).

A l'issue de cette période et dans tous les autres cas de rupture du contrat unissant le souscripteur et la mutuelle, le contrat peut être octroyé à titre individuel et à de nouvelles conditions si la demande en est faite conformément à l'article L.221-8 du code de la mutualité.

3.2.2. Suspension du contrat de travail

- **Suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation :**

Le bénéfice des garanties est maintenu dans le cas d'une suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation pendant toute la période au titre de laquelle le salarié bénéficie :

- Soit d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- Soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

L'employeur maintient sa contribution pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Le salarié dont le contrat de travail est suspendu doit acquitter la part salariale de la cotisation dans les conditions prévues à l'article 12.1. des présentes conditions générales.

- **Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation :**

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation ou autres), les garanties peuvent être maintenues à la demande du salarié dans un délai d'un (1) mois à compter de la date d'effet de la suspension. Toutefois, l'employeur ne maintient pas sa contribution et les cotisations sont appelées en totalité auprès du salarié concerné.

Les garanties sont maintenues jusqu'à la fin du contrat de travail du salarié.

3.2.3. Rupture du contrat de travail

- **Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage**

L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes de prévoyance complémentaire dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à la portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et par les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

- **Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi Evin**

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin », la couverture de complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat :

– au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient ;

– au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la loi Evin incombe à l'organisme assureur, et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

Les modalités de suivi de la portabilité en cas de rupture du contrat de travail et dans le cadre de ladite loi Evin sont précisées dans le cadre du protocole de gestion

3.3. Fin de l'affiliation

3.3.1. Résiliation du contrat collectif

L'affiliation prendra fin en cas de résiliation du contrat collectif conclu entre le Souscripteur et la mutuelle

3.3.2. Départ de l'entreprise

L'affiliation cessera en cas de départ de l'adhérent de l'entreprise si ce dernier ne bénéficie pas d'un maintien du contrat au titre de la portabilité ou de la loi Evin.

3.4. Cessation des garanties

Les garanties cessent à l'égard de l'adhérent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat par le Souscripteur ou par la mutuelle,
- à la date d'effet de la résiliation en cas de départ de l'entreprise sans maintien de garantie au titre de la portabilité ou de la loi Evin.
- en cas de radiation de l'adhérent par FRANCE MUTUELLE suite au non-paiement des cotisations et dans les conditions prévues par le code de la mutualité.

3.5. Délit et Fausse déclaration intentionnelle

En cas de délit intentionnel (fraude, escroquerie notamment), l'adhérent ou l'employeur (personne morale) porte volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle. Par conséquent, la mutuelle peut procéder à son exclusion dans les conditions fixées dans les statuts de la mutuelle.

L'exclusion n'emporte pas renonciation par la mutuelle aux voies de recours qui lui sont ouvertes par la législation en vigueur, à son encontre. L'exclusion ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de sa part, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque omis ou en diminue l'opinion pour la mutuelle alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque. Dans ce cas, la mutuelle peut procéder à son exclusion et pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues. Les cotisations versées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

3.6. Informatique et Libertés

Les informations concernant l'adhérent et ses ayants droit sont nécessaires à la gestion du dossier. Celui-ci peut demander communication, suppression ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, dans ceux de ses mandataires et réassureurs. Il peut exercer ce droit d'accès, de suppression et de rectification en écrivant à :

FRANCE MUTUELLE
Correspondant informatique et libertés
Centre de gestion
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75 089 Paris Cedex 02

L'adhérent peut s'opposer à ce que ces coordonnées soient communiquées à des entreprises extérieures dans un but de prospection commerciale, en adressant à la mutuelle un courrier demandant qu'aucune information le concernant ne soit communiquée à des tiers.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à :

INTER PARTNER ASSISTANCE
6 rue André Gide 92328 CHATILLON CEDEX
RCS NANTERRE B 316 139 500
Convention N°0802002

Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'affiliation ou l'exécution du présent contrat.

3.7. Organisme de contrôle

Conformément au Code de la Mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr).

3.8. Réclamations – Médiation - Compétence territoriale

En cas de désaccord ou d'insatisfaction concernant l'application ou l'interprétation des Statuts ou de la présente notice d'information, l'adhérent peut écrire à l'adresse suivante :

GMC Gestion
Unité de Gestion n°38
1 rue Marcel Paul
44019 NANTES CEDEX 1
Email : gmcg.ug38@henner.

La mutuelle s'engage à traiter les dossiers en respectant un délai de dix jours ouvrables pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai.

Après épuisement de ces voies de recours et si le litige persiste, l'adhérent a la possibilité de saisir, par écrit, le médiateur de la mutuelle. La réclamation ainsi que l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier devront être communiqués à l'adresse suivante:

Fédération Nationale de la Mutualité Française (F.N.M.F.)
- Le Médiateur-
255 rue de Vaugirard 75015 PARIS

Ou bien par mail à l'adresse: mediation@mutualite.fr

Une charte de la médiation précisant les différents engagements est à la disposition des adhérents sur le site Internet (<http://www.francemutuelle.fr/>) ou sur simple demande auprès de la mutuelle.

En cas de litige qui ne trouverait pas de résolution amiable, les tribunaux du siège de la mutuelle sont compétents.

3.9. Prescription

Toute action dérivant de la garantie, de l'application ou de l'interprétation de la présente notice est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance et en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent, celle de son bénéficiaire ou de son ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, son ayant droit, ou a été indemnisé par l'un ou l'autre de ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception qui est adressée à l'adhérent par la mutuelle, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par ce dernier, son bénéficiaire ou son ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

3.10. Droit applicable – Langue

La présente notice d'information est soumise au droit français, à l'exclusion de toute autre législation. Elle est régie par les dispositions du code de la mutualité. Elle est rédigée en langue française. Dans le cas où elle serait traduite en une ou plusieurs langues, seul le texte français ferait foi en cas de litige.

4. DEFINITION DES MOTS CLES

Accident

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure à l'ayant droit et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des lésions corporelles ou le décès.

Adhérent

En tant que collaborateur de l'entreprise qui a souscrit le contrat frais de santé, l'adhérent est la personne physique qui adhère au contrat et bénéficie des prestations. Il est désigné au bulletin d'adhésion et doit obligatoirement :

- résider en France métropolitaine ou dans un département ou une région d'outre-mer dès lors qu'il cotise à une caisse obligatoire d'assurance maladie française.
- avoir, lors de l'adhésion, plus de 16 ans. Cette adhésion est valable jusqu'au jour où l'adhérent fait prévaloir ses droits à la retraite. L'adhérent au contrat frais de santé acquiert de droit la qualité de membre participant de la mutuelle.

Aide à domicile/aide-ménagère

Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement (ménage et courses).

Animaux domestiques (pour l'assistance)

Animaux de compagnies et familiers appartenant et vivant habituellement au domicile du bénéficiaire, chiens et/ou chats uniquement (maximum 2) à l'exclusion de toute autre espèce, à conditions toutefois qu'ils aient subi les vaccinations dans les délais prescrits par la législation en vigueur en France, le carnet de vaccinations faisant foi, sous réserve des dispositions de la loi n° 99-5 du 06 janvier 1999 relative aux animaux dangereux et errants et à la protection des animaux.

Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Ayants droit

Sont considérés comme ayants droit au titre du présent contrat :

- Le conjoint, partenaire ou concubin de l'adhérent tel que défini par le présent article,
- Les enfants à charge tels que définis ci-après par le présent article,

Les ayants droit bénéficiaires des garanties du contrat frais de santé sont nommément désignés dans le bulletin d'adhésion.

Base de remboursement

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert socle de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, les appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaire

Il s'agit des ayants droit de la garantie d'assistance

Concubinage

Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple (article 515-8 du code civil).

Concubin

Personne vivant en concubinage avec l'adhérent exerçant ou non une activité professionnelle sous réserve que le membre participant et son concubin :

- Vivent sous le même toit,
- Soient libres de tout autre lien de même nature, c'est-à-dire célibataires, veufs(ves) ou divorcés(ées),
- Ne soient pas engagés dans les liens d'un PACS avec une autre personne.

Peuvent être considérés comme bénéficiaires les concubins majeurs de nationalité étrangère dès lors qu'ils satisfont aux conditions fixées par le régime obligatoire de la Sécurité sociale.

Conjoint

Epoux ou épouse de l'adhérent, non divorcé et non séparé de corps judiciairement, exerçant ou non une activité professionnelle.

Peuvent être considérés comme bénéficiaires les conjoints de nationalité étrangère dès lors qu'ils satisfont aux conditions fixées par le régime obligatoire de la Sécurité sociale.

Contrat d'accès aux soins

Issu de l'avenant n°8 de la convention médicale du 25 octobre 2012, le contrat d'accès aux soins a pour objet de limiter les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2. En adhérant à ce contrat, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter la part des actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser ses honoraires ainsi que son taux moyen de dépassement concernant les autres actes. En contrepartie, ses patients et lui-même bénéficieront des conditions de remboursement applicables aux médecins du secteur 1, c'est-à-dire plus favorables. L'adhérent et ses ayants droit profiteront également, au titre de la complémentaire santé obligatoire d'un remboursement plus important de la consultation par rapport à la consultation auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins.

Consultation chez un médecin conventionné de secteur 1 : Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec l'Assurance Maladie. Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière de votre part comme, par exemple, une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

Ces dépassements exceptionnels ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, que vous soyez dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou non.

Consultation chez un médecin conventionné de secteur 2 : Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est, en effet, autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

Contrat frais de santé obligatoire

Le contrat frais de santé obligatoire intervient après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les garanties du contrat frais de santé sont conformes aux minimas imposés par la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 sur la sécurisation de l'emploi dite « ANI » ainsi qu'au cahier des charges du contrat responsable et solidaire défini à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale issu de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et du décret 2014-13674 du 18 novembre 2014.

Domicile

Lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire figurant comme domicile sur le bulletin d'adhésion.

Famille / bénéficiaire (pour l'assistance)

Il s'agit de l'adhérent et de sa famille.

La «famille de l'adhérent» regroupe l'ensemble des personnes suivantes :

- le conjoint non séparé de corps ou le concubin (qu'il soit ou non cosignataire d'un Pacs) de l'adhérent,
- les enfants mineurs de l'adhérent, et ceux de son conjoint non séparé de corps ou de son concubin, résidant sous son toit à l'adresse indiquée au bulletin d'adhésion,
- les enfants mineurs de l'adhérent, et ceux de son conjoint non séparé de corps ou de son concubin, même s'ils ne résident pas sous son toit,
- les enfants majeurs célibataires de l'adhérent, et ceux de son conjoint non séparé de corps ou de son concubin, habitant en dehors de chez lui lorsqu'ils ont moins de **vingt-huit ans (28)** et qu'ils poursuivent leurs études.

Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge au titre du présent contrat, les enfants légitimes, naturels, reconnus adoptifs ou recueillis de l'adhérent, de son conjoint, à défaut de son partenaire ou concubin tels que défini par la présente notice, sous réserve qu'ils soient :

- âgés de moins de 20 ans et bénéficiant de prestations d'un contrat obligatoire d'assurance maladie sous le numéro d'immatriculation de l'adhérent, de son conjoint, partenaire ou concubin dès lors qu'il est lui-même ayant-droit ;
- âgés de moins de 28 ans et :
 - ✓ poursuivent leurs études (sous présentation d'un certificat de scolarité ou d'une carte d'étudiant)
 - ✓ poursuivent une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou de professionnalisation)
 - ✓ inscrit à Pôle Emploi comme primo-demandeur d'emploi.

Ces enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la fin du mois au cours duquel ils atteignent leur 20^{ème} ou 28^{ème} anniversaire.

- quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 21^{ème} anniversaire.

Les enfants sont réputés être ayant-droit au jour de leur naissance, dès lors que le parent, adhérent qui procède à son inscription, délivre à la mutuelle, un acte de naissance dans les 3 mois à compter de sa naissance.

A leur demande, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants de la Mutuelle sans intervention de leur représentant légal.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants-droit de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

En ce qui concerne l'enfant issu d'un ayant droit mineur, il est prévu, postérieurement à la naissance, de scinder l'adhésion initiale de façon à conférer la qualité de membre participant à l'ayant droit mineur de plus de 16 ans. Dès lors, le nouveau-né, le conjoint ou le concubin du mineur devenu membre participant acquiert par suite la qualité d'ayant droit.

Forfait journalier hospitalier

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.

Franchise

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1^{er} janvier 2008. Son montant est de :

- 0,50€ par boîte de médicament ;
- 0,50€ par acte paramédical ;
- 2€ par transport sanitaire

La franchise est plafonnée à 50€ par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés par assuré social. Certaines personnes sont exonérées de cette franchise : les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'état, les ACS et les femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire, les garanties du contrat frais de santé obligatoire ne remboursent pas les franchises.

Hospitalisation

Tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures dans un hôpital ou une clinique.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente entraînant soit un arrêt total des activités, soit une hospitalisation en établissement public ou privé ou à domicile.

Mutuelle : désigne France Mutuelle, l'organisme d'assurance frais de santé

Partenaire

Personne liée à l'adhérent par un Pacte Civil de Solidarité – PACS, exerçant ou non une activité professionnelle. Le PACS est un contrat conclu entre deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil).

Participation forfaitaire d'un Euro

La participation forfaitaire d'un euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

La franchise est plafonnée à 4€ par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire et à 50€ par année civile et par patient. Certaines personnes sont exonérées de cette participation forfaitaire : les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'état, les ACS et les femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire, les garanties du contrat frais de santé obligatoire ne remboursent pas les franchises.

Parcours de soins

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement sans diminution du montant de leur remboursement.

Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire d'assurance maladie âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui consulte en premier lieu, le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du régime d'assurance maladie obligatoire (ou son remplaçant).

Entrent également dans le parcours de soins tous actes auprès :

- D'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal,
- D'un autre médecin dit « correspondant » auquel il a été adressé par son médecin traitant,

- D'un spécialiste en accès direct autorisé par la loi n°2004-810 du 13/08/2004, à savoir : les ophtalmologues, les gynécologues, les stomatologues et les psychiatres et neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans.

Proche

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée en France.

Souscripteur

Ce terme désigne l'employeur qui, par la souscription d'un contrat collectif à adhésion obligatoire en assurance frais de santé auprès de la mutuelle, permet à l'adhérent de bénéficier du contrat frais de santé.

Tarif de responsabilité ou tarif opposable

Il s'agit de la base tarifaire retenue par l'assurance maladie comme base de remboursement (cf. base de remboursement).

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Conformément aux exigences du cahier des charges du contrat responsable cette prise en charge couvre donc non seulement les consultations et les actes professionnels de santé en ville, mais aussi les médicaments remboursés à 65% par l'assurance maladie, les analyses et les examens, les frais de transport sanitaire, les dispositifs médicaux (optique, dentaire, appareillages) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.

ANNEXE 1. TABLEAU DES PRESTATIONS

—Seuls les frais ayant donné lieu à remboursement par l'Assurance Maladie seront pris en charge par le présent contrat sauf mention particulière indiquée au tableau des prestations

—Conformément aux dispositions du contrat responsable, le ticket modérateur est pris en charge dans le cadre du présent contrat pour l'ensemble des actes prévus à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité Sociale

—Le contrat respecte également l'ensemble du cahier des charges du contrat responsable et solidaire défini à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale issu de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014

—Les prestations indiquées ci-dessous incluent le remboursement de la Sécurité Sociale .

GARANTIES		REMBOURSEMENT GFM	
HOSPITALISATIONS (MATERNITE INCLUSE)	SECTEUR CONVENTIONNE		
		<i>Médecin adhérent au Contrat d'Accès aux Soins</i>	<i>Médecin Non Adhérent au Contrat d'Accès aux Soins</i>
	Honoraires / actes chirurgicaux (hors chirurgie dentaire)	570 % BR	200 % BR
	Frais de séjour hospitaliers de salle d'opération	570 % BR	
	SECTEUR NON CONVENTIONNE		
	Honoraires / actes chirurgicaux (hors chirurgie dentaire)	200 % BR	
	Frais de séjour hospitaliers de salle d'opération	500 % BR	
	Chambre particulière (par jour)	5 % PMSS	
	Frais d'accompagnement (enfant < 16 ans) (par jour)	40 €	
	Maison de repos et de convalescence	570 % BR	
	Forfait hospitalier journalier	100 % FR	
	Franchise de 18 € pour les actes techniques médicaux lourds supérieurs à 120 €	Prise en charge	
Hospitalisation à domicile	500 % BR		
Transport en ambulance pris en charge par l'A.M	175 % BR		
SOINS COURANTS		<i>Médecin adhérent au Contrat d'Accès aux Soins</i>	<i>Médecin Non Adhérent au Contrat d'Accès aux Soins</i>
	Consultations et visites généralistes et spécialistes conventionnés	470 % BR	200 % BR
	Consultations et visites généralistes et spécialistes non conventionnés	200 % BR	
	Auxiliaires médicaux	470 % BR	
		<i>Médecin adhérent au Contrat d'Accès aux Soins</i>	<i>Médecin Non Adhérent au Contrat d'Accès aux Soins</i>
	Actes de spécialistes - Actes techniques médicaux ATM - Actes d'échographies ADE	470 % BR	200 % BR
	Actes d'imagerie ADI - Actes de radiologie ADR	470 % BR	200 % BR
	Analyses médicales	470 % BR	
	Pharmacie	100 % BR	

SUITE ANNEXE 1 - Prestations

DENTAIRE	Consultations, soins courants	520 % BR	
	Prothèses dentaires prises en charge par l'A.M., dents visibles	520 % BR	
	Prothèses dentaires prises en charge par l'A.M., dents non visibles	470 % BR	
	Prothèses dentaires non prises en charge par l'A.M.	450 % BR reconstituée	
	Inlays onlays remboursés par l'A.M.	520 % BR	
	Implantologie (prothèse sur implant et chirurgie sur implant) remboursée par l'A.M.	520 % BR	
	Parodontologie, implantologie (racine et pilier) non remboursées par l'A.M.	400 € / an / bénéficiaire	
	Orthodontie prise en charge par l'A.M.	520 % BR	
Orthodontie non prise en charge par l'A.M.	450 % BR reconstituée		
		<i>Médecin adhérent au Contrat d'Accès aux Soins</i>	<i>Médecin Non Adhérent au Contrat d'Accès aux Soins</i>
Stomatologie	520 % BR	200 % BR	
OPTIQUE	Adulte : un équipement optique (monture + 2 verres) tous les 2 ans (sauf changement de dioptrie : un équipement par an)*		
	Enfant moins de 18 ans : un équipement par an		
	Montures	150 €	
	Verres	Voir grille optique	
	Lentilles remboursées par l'A.M.	8 % PMSS	
	Lentilles/lentilles jetables non remboursées par l'A.M. (par an et par bénéficiaire)	8 % PMSS	
Chirurgie réfractive de l'œil (par œil et par an)	10 % PMSS		
AUTRES PRESTATIONS	Cures thermales prises en charge par l'A.M.	21 % PMSS	
	Prothèses auditives	520 % BR	
	Orthopédie, appareillage, prothèse mammaire, prothèse capillaire, autres prothèses.	520 % BR	
	Forfait maternité (à l'exclusion de tout autre remboursement)	25 % PMSS	
	Pharmacie (toutes catégories de médicaments non pris en charge par l'A.M.), homeopathie, pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs non remboursés par l'A.M., sevrage tabagique	70 € / an / bénéficiaire	
	Analyses non remboursées par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	3 % PMSS	
	Vaccins prescrits pris en charge ou non par l'A.M.	100 % FR	
	Diagnostic prostate	80 % FR	
	Ostéopathie, thérapie manuelle, chiropractie, étiopathie, acupuncture, psychologue, psychomotricité, psychothérapie, microkinésithérapie, diététicien (limitée à 3 actes par an et par bénéficiaire)	5 % PMSS	
	Assistance	Oui	

ACTES DE PREVENTION OBLIGATOIRES :

Les actes de prévention prévus dans la liste fixée par arrêté du 8 Juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100% du TM

CLASSIFICATION DES DENTS :

- dents visibles : incisives, canines, prémolaires (dents n° 11 à 15, 21 à 25, 31 à 35, 41 à 45)
- dents non visibles : molaires, dents de sagesse (dents n° 16 à 18, 26 à 28, 36 à 38, 46 à 48)

BR : Base de remboursement, TM : Ticket modérateur, FR : Frais réels, A.M. : Assurance Maladie

PMSS : Plafond mensuel Sécurité sociale : 3 170 € en 2015 / 3 218 € en 2016

FIN ANNEXE 1 - Prestations

GRILLE OPTIQUE (PAR VERRE)	REMBOURSEMENT GFM
VERRE SIMPLE FOYER SPHERIQUE	
<i>sphère de -6 à +6</i>	125 €
<i>sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10</i>	250 €
<i>sphère hors zone de -10 à +10</i>	250 €
VERRE SIMPLE FOYER SPHERO-CYLINDRIQUE	
<i>cylindre inférieur ou égal à +4, sphère de -6 à +6</i>	155 €
<i>cylindre inférieur ou égal à +4, sphère hors zone de -6 à +6</i>	300 €
<i>cylindre supérieur à +4, sphère de -6 à +6</i>	300 €
<i>cylindre supérieur à +4, sphère hors zone de -6 à +6</i>	300 €
VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERIQUE	
<i>sphère de -4 à +4</i>	185 €
<i>sphère hors zone de -4 à +4</i>	350 €
VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERO-CYLINDRIQUE (quelque soit la puissance du cylindre)	
<i>sphère de -8 à +8</i>	220 €
<i>sphère hors zone de -8 à +8</i>	350 €

ANNEXE 2 : GARANTIES D'ASSISTANCE - ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN

1. Conditions d'octroi du service d'assistance

INTER PARTNER Assistance organise et prend en charge les services d'assistance, à condition de contacter INTER PARTNER Assistance **impérativement dans les 72 heures** au plus tard qui suivent la date de l'évènement générateur au **01 55 92 18 50 par téléphone** Ce service est accessible **7 jours sur 7 et 24 heures sur 24**.

Le bénéficiaire est l'adhérent et ses ayants droits inscrits sur le contrat frais de santé France Mutuelle.

En cas d'appel, il est nécessaire de communiquer le N° adhérent, les Nom et Prénom et adresse du bénéficiaire.

Attention ! INTER PARTNER Assistance ne prend en charge que les interventions d'assistance qu'elle met en place. C'est pourquoi pour en bénéficier, il faut impérativement contacter ce service avant toute démarche.

- **Responsabilité**

INTER PARTNER Assistance ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

INTER PARTNER Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

- **Circonstances exceptionnelles**

L'engagement d'INTER PARTNER Assistance repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

INTER PARTNER Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

- **Informations Juridiques**

INTER PARTNER Assistance met à la disposition des bénéficiaires un service d'informations juridiques accessible de 8h00 à 20h30 et 7 jours sur 7.

Les questions ou demandes sont d'ordre privé, elles ne peuvent engendrer forcément de réponse immédiate.

Selon les cas, INTER PARTNER Assistance doit se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité d'INTER PARTNER Assistance ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

- **Accompagnement social**

INTER PARTNER Assistance fait réaliser du lundi au vendredi, de 8h00 à 20h00 et prend en charge, une évaluation par téléphone de la situation du bénéficiaire par un(e) assistant(e) social(e) qui l'aidera à organiser ses démarches auprès des organismes appropriés en prenant contact, s'il le souhaite, avec lesdits organismes ou services sociaux concernés.

- **Validité des garanties**

Les garanties d'assistance sont acquises pendant toute la durée de la validité de la présente convention à toute personne bénéficiaire de cette convention.

2. Service d'information par téléphone

- **Recherche de personnel médical ou paramédical**

INTER PARTNER Assistance fournit au bénéficiaire 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, les coordonnées de services ou de prestataires qualifiés proches de son domicile :

- Médecins généralistes ou spécialistes en l'absence de médecin traitant,

- Services de santé spécialisés,

- Personnel paramédical (sur prescription médicale) : aide soignante, garde malade, infirmière, kinésithérapeute...

Le coût de la prestation (déplacement, soins, honoraires...) reste à la charge du bénéficiaire.

- **Livraison de médicaments**

A la demande du bénéficiaire, lorsque lui ou un de ses proches se trouve dans l'incapacité de se déplacer, INTER PARTNER Assistance organise et prend en charge la recherche et l'acheminement des médicaments indispensables à son traitement sur présentation d'une prescription médicale de moins de trois mois.

Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.

- **Envoi d'une ambulance**

Dans le cas où la santé du bénéficiaire le nécessite et sur prescription médicale, INTER PARTNER Assistance organise son transport vers le centre hospitalier le plus proche de son domicile ou tout autre centre hospitalier désigné sur la prescription médicale pour autant qu'il se situe dans un rayon de 50 km maximum autour du domicile du bénéficiaire.

- **Recherche d'une place en milieu hospitalier**

A la demande du bénéficiaire et sur prescription médicale, INTER PARTNER Assistance recherche, dans la mesure des disponibilités, une place dans tout service hospitalier dans des établissements privés ou publics situés dans un rayon de 50 km autour du domicile du bénéficiaire.

- **Transmission de messages urgents**

Lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent et s'il en fait la demande, INTER PARTNER Assistance se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, les messages ou nouvelles émanant du bénéficiaire vers les membres de sa famille, ses proches ou son employeur. INTER PARTNER Assistance peut également servir d'intermédiaire en sens inverse.

Les messages restent de la responsabilité de leurs auteurs, qui doivent pouvoir être identifiés et n'engagent qu'eux, INTER PARTNER Assistance ne jouant que le rôle de l'intermédiaire pour leur transmission.

- **Droit d'accès à la plateforme Services à la Personne INTER PARTNER Assistance met en relation le bénéficiaire, à sa demande, avec une Enseigne Nationale de Services à la Personne* :**

- du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00
- et le samedi de 9h00 à 18h00

INTER PARTNER Assistance ouvre un dossier afin de recueillir les informations concernant l'appelant, à savoir :

- identification,
- le numéro de convention pour vérifier les droits acquis,
- la nature de la demande.

INTER PARTNER Assistance transfère le bénéficiaire à la plateforme agréée de Services à la Personne.

La plateforme agréée de Services à la Personne se chargera de traiter la demande du bénéficiaire, de lui transmettre toutes les informations relatives à la prestation et de s'assurer de sa réalisation.

Le contenu et les modalités d'application de la prestation Services à la Personne font l'objet d'un contrat individuel à souscrire séparément avec l'Enseigne Nationale de Services à la personne.

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

<p>* Services assurés par DOMISERVE+, Enseigne Nationale de Services à la Personne Agrément 2007-1.92.018 SA au capital de 303 750 € RCS Nanterre 493 837 702 6 rue André Gide - 92320 CHATILLON</p>
--

3. Garanties d'assistance à la suite d'une hospitalisation imprévue supérieure à 24 heures ou d'une immobilisation imprévue au domicile supérieure à 5 jours d'un ayant droit

Hospitalisation ou immobilisation imprévue d'un ayant droit

- **Garde des enfants ou des petits enfants de moins de 16 ans**

En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire et si personne ne peut assurer la garde des enfants bénéficiaires de moins de 16 ans, INTER PARTNER Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire,
- soit l'acheminement des enfants au domicile d'un proche,
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 16h maximum dans les 15 jours suivant la date

de l'évènement avec un minimum de 2h consécutives et un maximum de 8h consécutives.

Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école.

INTER PARTNER Assistance prend en charge le ou les titres de transport aller/retour en avion de ligne classe économique ou en train 1ère classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche par du personnel qualifié.

INTER PARTNER Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

- **Garde et transfert des animaux domestiques**

En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire et si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, INTER PARTNER Assistance organise et prend en charge dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire :

- soit le transfert et la garde des animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du domicile. Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 250 euros par évènement et pour l'ensemble des animaux.
- soit le transfert des animaux (maximum 2) au domicile d'un proche.

La durée de la garde ne pourra être supérieure à la durée d'hospitalisation du bénéficiaire.

- **Aide à domicile**

En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire, INTER PARTNER Assistance recherche et prend en charge les services d'une aide ménagère à domicile pendant la durée d'immobilisation ou d'hospitalisation ou dès le retour au domicile du bénéficiaire. Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

INTER PARTNER Assistance prend en charge 20 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives. Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 5 jours qui suivent la date de l'évènement générateur en cas d'immobilisation ou la date de sortie de l'hôpital en cas d'hospitalisation.

Seul le service assistance est habilité à fixer la durée de présence de l'aide ménagère après la réalisation d'un bilan médical.

- **Retour au domicile après hospitalisation**

Si l'état de santé du bénéficiaire le justifie et sur prescription médicale uniquement, INTER PARTNER Assistance organise le retour du bénéficiaire, en fin d'hospitalisation, en ambulance jusqu'à son domicile situé dans un rayon de 50 km autour de l'établissement hospitalier.

INTER PARTNER Assistance rembourse ces frais de transport dans la limite des frais réels restant à la charge du bénéficiaire après remboursement par les caisses primaires d'assurance maladie et les mutuelles complémentaires.

Hospitalisation ou immobilisation imprévue d'un enfant ayant droit de moins de 16 ans

- **Garde des enfants ou des petits enfants malades de moins de 16 ans**

A la suite d'une maladie imprévue ou d'un accident, lorsqu'un enfant bénéficiaire de moins de 16 ans est immobilisé au domicile par prescription médicale pour une durée supérieure à 5 jours et dans le cas où personne ne peut assurer sa garde, INTER PARTNER Assistance organise et prend en charge, dès le premier jour de l'évènement, la garde à domicile de l'enfant malade pendant une durée maximum de 16 heures dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives et un maximum de 8 heures consécutives.

INTER PARTNER Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

- **Soutien scolaire**

Lorsqu'un enfant bénéficiaire est immobilisé au domicile par prescription médicale pour une durée supérieure à 15 jours consécutifs, INTER PARTNER Assistance recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs scolaires.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours allant d'une classe du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant bénéficiaire des cours dans les matières principales suivantes : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 2 heures par jour.

Ces cours sont dispensés à compter du 16^{ème} jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile et ne peut excéder 250 euros par évènement.

Au-delà d'une intervention par an, INTER PARTNER Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

4. Garanties d'assistance à la suite d'une hospitalisation imprévue supérieure à 72 heures ou d'une immobilisation imprévue au domicile supérieure à 8 jours d'un ayant droit

Hospitalisation ou immobilisation imprévue d'un ayant droit

- **Garde des enfants ou des petits enfants de moins de 16 ans**

En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire et si personne ne peut assurer la garde des enfants bénéficiaires de moins de 16 ans, INTER PARTNER Assistance organise et prend en charge :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire,
- soit l'acheminement des enfants au domicile d'un proche,
- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire, pendant 16h maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2h consécutives et un maximum de 8h consécutives.

Cette personne, en fonction de l'âge des enfants, assurera également leur accompagnement à l'école.

INTER PARTNER Assistance prend en charge le ou les titres de transport aller/retour en avion de ligne classe économique ou en train 1ère classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche par le personnel qualifié.

INTER PARTNER Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

- **Garde et transfert des animaux domestiques**

En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire et si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, INTER PARTNER Assistance organise et prend en charge dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire :

- soit le transfert et la garde des animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du domicile. Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 250 euros par évènement et pour l'ensemble des animaux.
- soit le transfert des animaux (maximum 2) au domicile d'un proche.

La durée de la garde ne pourra être supérieure à la durée d'hospitalisation du bénéficiaire.

- **Aide à domicile**

En cas d'hospitalisation d'un ayant droit, INTER PARTNER Assistance recherche et prend en charge les services d'une aide ménagère à domicile pendant la durée d'immobilisation ou d'hospitalisation ou dès le retour au domicile du bénéficiaire. Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

INTER PARTNER Assistance prend en charge 20 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives.

Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 5 jours qui suivent la date de l'évènement générateur en cas d'immobilisation ou la date de sortie de l'hôpital en cas d'hospitalisation.

Seul le service assistance est habilité à fixer la durée de présence de l'aide ménagère après la réalisation d'un bilan médical.

- **Retour au domicile après hospitalisation**

Si l'état de santé du bénéficiaire le justifie et sur prescription médicale uniquement, Assistance Santé au Quotidien organise le retour du bénéficiaire, en fin d'hospitalisation, en ambulance jusqu'à son domicile situé dans un rayon de 50 km autour de l'établissement hospitalier.

INTER PARTNER Assistance rembourse ces frais de transport dans la limite des frais réels restant à la charge du bénéficiaire après remboursement par les caisses primaires d'assurance maladie et les mutuelles complémentaires.

Hospitalisation ou immobilisation imprévue d'un enfant ayant droit de moins de 16 ans

- **Garde des enfants ou des petits enfants malades de moins de 16 ans**

A la suite d'une maladie ou d'un accident, lorsqu'un enfant bénéficiaire de moins de 16 ans est immobilisé au domicile par prescription médicale pour une durée supérieure à 5 jours et dans le cas où personne ne peut assurer sa garde, INTER PARTNER Assistance organise et prend en charge, dès le premier jour de l'évènement, la garde à domicile de l'enfant malade pendant une durée maximum de 16 heures dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives et un maximum de 8 heures consécutives.

INTER PARTNER Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des évènements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

- **Soutien scolaire**

Lorsqu'un enfant bénéficiaire est immobilisé au domicile par prescription médicale pour une durée supérieure à 15 jours consécutifs, INTER PARTNER Assistance recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs scolaires.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours allant d'une classe du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant bénéficiaire des cours dans les matières principales suivantes : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 2 heures par jour.

Ces cours sont dispensés à compter du 16^{ème} jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Cette garantie est limitée à une intervention par année civile et ne peut excéder 250 euros par évènement.

Au-delà d'une intervention par an, INTER PARTNER Assistance peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de personnel qualifié. Le coût du personnel qualifié reste à la charge du bénéficiaire.

5. Garantie d'assistance à l'attention de l'ayant-droit de moins de 65 ans

- **Garantie d'assistance en cas de maternité**

- **Informations et conseils aux jeunes parents**

L'équipe médicale d'Assistance Santé au Quotidien communique au bénéficiaire des informations et conseils médicaux en puériculture, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

Elle donne tout renseignement d'ordre général. L'intervention du médecin se limitera à donner des informations objectives.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, le médecin d'INTER PARTNER Assistance conseillerait au bénéficiaire de consulter son médecin traitant.

- **Accompagnement psychologique**

Suite à la naissance d'un enfant, INTER PARTNER Assistance peut mettre le bénéficiaire en relation avec un psychologue clinicien et prend en charge à raison de 3 entretiens téléphoniques par évènement pour l'ensemble des membres de la famille.

INTER PARTNER Assistance se charge également s'il le souhaite, de le mettre en relation avec un psychologue proche de son domicile.

Les frais de consultation restent dans ce cas à la charge du bénéficiaire.

- **Garanties d'assistance en cas de première maternité**

- **Auxiliaire de puériculture**

INTER PARTNER Assistance prend en charge la visite d'une auxiliaire de puériculture au domicile de la bénéficiaire à raison de 2 heures consécutives maximales dans les 5 jours ouvrés suivant la sortie de la maternité pour l'aider à s'organiser et lui rappeler les principes essentiels relatifs aux soins et à la santé de ses bébés.

- **Garanties d'assistance en cas de maternité multiple**

- **Aide à domicile**

A la demande du bénéficiaire, INTER PARTNER Assistance recherche et prend en charge les services d'une aide à domicile soit pendant son séjour en maternité, soit dès son retour à son domicile. Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes. INTER PARTNER Assistance prend en charge 10 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de sortie de la maternité avec un minimum de 2 heures consécutives.

Seule l'équipe médicale du service assistance est habilitée à fixer le nombre d'heures alloué et la durée d'application de la prestation d'aide à domicile.

- **Garanties d'assistance en cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 72 heures ou d'immobilisation imprévue au domicile supérieure à 5 jours de la nourrice salariée en charge de la garde de l'enfant ayant droit de moins de 16 ans**

- **Garde d'enfants en cas de défaillance du mode de garde habituel des enfants**

INTER PARTNER Assistance organise et prend en charge dès le 1^{er} jour de l'évènement :

- soit la garde des enfants par du personnel qualifié au domicile du bénéficiaire pendant 8 heures maximum sur une journée ;

- soit l'acheminement d'un proche au domicile du bénéficiaire ;

- soit l'acheminement des enfants au domicile d'un proche.

INTER PARTNER Assistance prend en charge le ou les titres de transport aller - retour en avion de ligne classe économique ou en train 1^{ère} classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants chez un proche parent par du personnel qualifié.

INTER PARTNER Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenue pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

Cette garantie est limitée à 1 intervention par an en cas d'absence de la nourrice habituelle et dument déclarée.

Par ailleurs, la garantie s'exerce à concurrence du nombre d'heures de garde assurées habituellement par cette personne en temps normal.

Dans le cas particulier des « nounous partagées » gardant en même temps plusieurs enfants de familles différentes, la garantie s'exerce à concurrence de la durée de garde de l'enfant bénéficiaire et au bénéfice de celui-ci exclusivement.

INTER PARTNER Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention de ses services, de vérifier la réalité de l'évènement garanti.

6. Garantie d'assistance à l'attention de l'ayant droit de plus de 65 ans

- **Garanties d'assistance en cas de chirurgie ambulatoire**

- **Mise à disposition d'un taxi**

Afin de permettre au bénéficiaire le retour à son domicile, INTER PARTNER Assistance organise et prend en charge les frais d'un taxi dans la limite de 50 euros maximum ; l'anesthésie ambulatoire interdit toute conduite d'un véhicule ainsi que le retour au domicile non accompagné.

Cette garantie n'est valable que sur prescription médicale et si aucun proche du bénéficiaire ne peut assurer le retour au domicile du bénéficiaire.

INTER PARTNER Assistance intervient à la demande du bénéficiaire sur prescription médicale et dans un rayon de 50 km à partir du domicile du bénéficiaire.

- **Service d'une infirmière**

Suite à une chirurgie ambulatoire et après intervention d'INTER PARTNER Assistance pour le retour au domicile, le bénéficiaire peut joindre sur simple appel l'infirmière d'INTER PARTNER Assistance dans les 5 jours qui suivent le jour de la chirurgie ambulatoire. Elle organise si nécessaire un contact téléphonique avec le médecin traitant ou le centre hospitalier.

- **Garanties d'assistance en cas de traitement de radiothérapie ou de chimiothérapie de l'ayant droit**

- **Aide à domicile**

A la demande du bénéficiaire, INTER PARTNER Assistance recherche et prend en charge les services d'une aide à domicile soit pendant son hospitalisation, soit dès son retour à son domicile.

Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

INTER PARTNER Assistance prend en charge 10 heures maximum par an à répartir sur la durée du protocole avec un minimum de 2 heures consécutives.

Seul le service assistance est habilité à fixer le nombre d'heures alloué et la durée d'application de la prestation d'aide à domicile.

- **Garanties d'assistance en cas d'hospitalisation imprévue supérieure à 48 heures de l'ayant droit aidant du conjoint dépendant de plus de 65 ans ou d'un ascendant/descendant dépendant**

- **Auxiliaire de vie**

INTER PARTNER Assistance organise et prend en charge la mise à disposition d'une auxiliaire de vie à domicile pendant une durée maximum de 10 heures dans les 15 jours suivant la date de l'évènement, avec un maximum de 2 heures consécutives.

Elle aura notamment en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes ainsi que l'assistance à la personne dépendante.

Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 5 jours qui suivent la date de l'évènement générateur en cas d'immobilisation ou la date de sortie de l'hôpital en cas d'hospitalisation.

Seul le service assistance est habilité à fixer la durée de présence de l'aide ménagère après la réalisation d'un bilan médical.

- **Informations et conseils « dépendance »**

INTER PARTNER Assistance met à la disposition des bénéficiaires ou de leurs proches un service de renseignements téléphoniques accessible de 8h00 à 20h30 et 7 jours sur 7.

Lorsqu'une réponse immédiate ne peut être apportée INTER PARTNER Assistance s'engage à effectuer les recherches nécessaires et à rappeler le bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements demandés.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité d'INTER PARTNER Assistance ne saurait être engagée en cas d'interprétation inexacte des informations transmises.

Les thèmes couverts sont les suivants :

- les aides disponibles,
- les associations œuvrant dans le domaine de la dépendance,
- la législation des tutelles (la capacité juridique),
- succession, décès, contrats obsèques,

- fiscalité, exonérations, charges à déduire, calcul de l'impôt,
- habitation, aménagement et matériels spécifiques

7. Garantie d'assistance en cas de décès de l'ayant droit

- **Soutien psychologique**

En cas de décès d'un bénéficiaire, INTER PARTNER Assistance organise la mise en relation d'un bénéficiaire avec un professionnel, dans la limite d'un entretien téléphonique par personne, par événement et par an.

Au-delà de cette intervention et à la demande du bénéficiaire, INTER PARTNER Assistance lui transmet les coordonnées d'un professionnel, les coûts de la prestation restent à la charge du bénéficiaire.

- **Mise à disposition d'une personne qualifiée**

INTER PARTNER Assistance met à disposition du conjoint bénéficiaire ou des enfants survivants, un accompagnateur pendant une demi-journée dans la limite de 4 heures, pour l'aider à accomplir les démarches administratives les plus urgentes.

Les honoraires de l'accompagnateur et les déplacements dans un rayon de 50 km sont pris en charge par un INTER PARTNER Assistance.

- **Information et conseil « obsèques »**

INTER PARTNER Assistance met à la disposition des bénéficiaires ou de leurs proches, un service d'informations téléphoniques sur les formalités et démarches lors d'un décès, accessible de 8h00 à 20h30 et 7 jours sur 7.

Selon les cas, INTER PARTNER Assistance devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler le bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité d'INTER PARTNER Assistance ne pourra, en aucun cas, être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises.

8. Les exclusions des garanties d'assistance

- **Les exclusions spécifiques aux garanties d'Assistance santé à domicile**

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention d'Assistance santé au quotidien, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et / ou nécessitant des soins ultérieurs programmés,
- les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les 6 mois avant la date de demande d'assistance,
- les tentatives de suicide et leurs conséquences,
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique,
- les frais médicaux,
- les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.

- **Exclusions communes à toutes les garanties d'assistance**

Outre les exclusions précisées dans les textes de la présente garantie, sont exclues et ne pourront donner lieu à l'intervention d'assistance santé au quotidien, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit, toutes conséquences :

- résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- de dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire ;
- de la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye ;
-
- d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- de la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat ;
- de la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;

- d'effets nucléaires radioactifs ;
- des dommages causés par des explosifs que le bénéficiaire peut détenir ;
- de la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires ;
- d'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans.

Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement :

- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- les frais engagés par le bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel,
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.