

CONTRAT INDIVIDUEL
FRAIS DE SANTÉ

Notice d'information

SANTÉ PLUS
Janvier 2016

DÉSTINÉE AUX ADHÉRENTS AFFILIÉS AU CONTRAT COLLECTIF
N°10066/2016/DS15 À ADHÉSION FACULTATIVE SOUSCRIT PAR
L'ASSOCIATION A3P AUPRÈS DE MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES

Diffusion
Santé 

 **Mutualia**
Entre nous, c'est humain

- 1. Objet du contrat**
- 2. Définitions des termes utilisés**
- 3. Adhésion du contrat**
 - 3.1. Affiliation
 - 3.2. Modalités d'exercice du droit de renonciation pour la vente à distance
- 4. Cotisations**
 - 4.1. Paiement de la cotisation
 - 4.2. Cotisations complémentaires et taxes
 - 4.3. Conséquences du non-paiement
 - 4.4. Évolution des cotisations
- 5. Garantie Frais de Santé**
- 6. Modalités de remboursement**
 - 6.1. Principe général des conditions de remboursement
 - 6.2. Conditions spécifiques
 - 6.3. Accident
- 7. Résiliation**
- 8. Cessation des garanties**
- 9. Omission ou déclaration inexacte**
- 10. Délit et fausse déclaration intentionnelle**
- 11. Informatique et Libertés**
- 12. Caractère indemnitaire**
- 13. Pluralité de contrats d'assurance**
- 14. Organisme de contrôle**
- 15. Réclamation - Médiation - Compétence territoriale**
- 16. Prescription**
- 17. Droit applicable - Langue**

Annexes

1. Tableau des prestations
2. Modèle de lettre de renonciation
3. Notice d'assistance

Objet du contrat et définitions

1. Objet du contrat

Cette notice a pour objet de vous informer des conditions et des modalités d'entrée en vigueur de votre garantie Frais de Santé souscrite auprès de la mutuelle, ainsi que des formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Votre garantie Frais de Santé respecte le 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.

La présente notice correspond aux conditions générales de votre garantie. Les tableaux des prestations composent les conditions spécifiques de votre garantie.

2. Définitions des termes utilisés

- Membre Participant : adhérent du Souscripteur au présent contrat collectif frais de santé.
- Ayant droit : personne qui bénéficie de la garantie complémentaire santé du fait de ses liens avec le Membre Participant. Il peut ainsi s'agir de votre conjoint et/ou vos enfants rattaché(s) sur votre contrat. Les ayants droit sont définis par les Statuts de la Mutuelle.
- Le terme « le Souscripteur », désigne votre employeur ou la personne morale qui, par la souscription d'un contrat collectif à adhésion facultative en assurance frais de santé auprès de la mutuelle, vous permet de bénéficier de la garantie frais de santé.
- Le terme « la Mutuelle » désigne Mutualia Territoires Solidaires, organisme assureur de votre contrat complémentaire frais de santé.

Adhésion au contrat

3. Adhésion du contrat

3.1. Affiliation

Peuvent adhérer au Contrat les adhérents de l'Association A3P, ci-après dénommée "le Souscripteur", affiliés en tant qu'actifs ou retraités au régime général de la Sécurité sociale ou au régime social des indépendants et leurs ayants droit. Chaque adhérent doit remplir et signer un bulletin individuel d'adhésion, en prenant soin d'indiquer le(s) ayants(s) droit qu'il souhaite faire adhérer et la garantie retenue pour l'ensemble de la famille.

Par votre adhésion au contrat collectif, vous devenez

Membre Participant de la mutuelle.

Si l'affiliation des ayants droit est rendue possible par le Souscripteur, votre conjoint et/ou vos enfants nommément désignés dans le bulletin d'adhésion peuvent bénéficier de la garantie frais de santé.

Votre adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts et règlement intérieur ainsi que des droits et obligations définis par le contrat collectif et reproduits dans la présente notice.

L'adhésion est souscrite pour une période allant de sa date d'effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1er janvier de chaque année, par période d'un an, sauf résiliation intervenue dans les conditions visées aux paragraphes 11 et 12 de la présente notice.

3.2. Modalités d'exercice du droit de renonciation pour la vente à distance

Lors de l'adhésion, vous disposez du droit de renoncer à votre adhésion dans un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion, figurant sur le Bulletin d'adhésion.

Si la date d'effet de l'adhésion est comprise dans le délai de quatorze jours visé ci-dessus, et que des prestations ont été versées au titre de l'adhésion, le droit de renonciation ne peut plus être exercé.

Un modèle de lettre de renonciation est joint en annexe de la présente notice d'information.

Vos cotisations

4. Cotisations

4.1. Paiement de la cotisation

En contrepartie de votre garantie, une cotisation annuelle exigible d'avance est versée. Cette cotisation est due au jour de votre adhésion. Ensuite, chaque année un appel de cotisation est adressé par le Gestionnaire du contrat pour le paiement de la cotisation annuelle au 1er janvier de l'année suivante. Le règlement de votre cotisation peut être fractionné, mensuellement.

4.2. Cotisations complémentaires et taxes

Des cotisations spéciales destinées soit à un organisme fédéral, soit à des organismes techniques publics 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 votre cotisation annuelle à la mutuelle.

Tous impôts, taxes, prélèvements divers prévus par les textes législatifs et réglementaires et dont la mutuelle est chargée du recouvrement sont à votre charge en tant qu'adhérent.

4.3. Conséquences du non-paiement

En cas de non-paiement des cotisations, les dispositions de l'article L.221-8 II. du code de la mutualité s'appliquent. Ainsi, à défaut de paiement de votre cotisation dans les dix jours de son échéance, vous recevrez une lettre de mise en demeure vous informant des conséquences que ce défaut peut entraîner sur votre adhésion. L'exclusion de la garantie définie au bulletin d'adhésion peut intervenir dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. L'exclusion ne fait pas obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement.

4.4. Évolution des cotisations

La cotisation peut être révisée chaque année par la Mutuelle à la date de l'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.

Vos remboursements

5. Garantie Frais de Santé

Votre garantie frais de santé a pour objet de vous assurer ainsi qu'à vos ayants droit inscrits sur votre 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 la garantie 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.
- Votre garantie 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 votre garantie ne sont pas prises en charge par la mutuelle.

6. Modalités de remboursement

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du Membre Participant (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.

Votre contrat est géré par GMC HENNER, qui sera votre interlocuteur pour toute question relative aux modalités pratiques (modifications administratives, renseignements, remboursements, ...) :

GMC HENNER

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

6.1. Principe général des conditions 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.

Vous devez transmettre à la mutuelle ces justificatifs sur lesquels il vous appartient de faire obligatoirement figurer votre 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.

6.2. Conditions spécifiques

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** : Mutualia Territoires Solidaires 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'art. 3 du règlement mutualiste 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 indiquée 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 à compter de la date d'adhésion à la garantie. Le renouvellement de l'équipement dans un délai inférieur à 24 mois ne pourra donner lieu à une prise en charge par Mutualia Territoires Solidaires.

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'établ-

issement doit adresser à la mutuelle sa demande de prise en charge par courrier à :

GMC HENNER
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.

6.3. Accident

En cas d'accident, vous devez informer la mutuelle de l'origine accidentelle des soins qui en découlent. On entend par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de votre part ou de votre 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 votre garantie

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.

Fin de votre adhésion

7. Résiliation

- À chaque échéance annuelle, vous avez la possibilité de mettre fin à votre adhésion en nous envoyant au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours une lettre recommandée nous informant de votre décision. En cas de non-respect de ce préavis, votre adhésion se poursuit au 1er janvier.

- En cas de modification de vos droits et obligations, vous pouvez dénoncer votre adhésion par lettre recommandée envoyée dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice modifiée.

- Votre adhésion prendra également fin en cas de résiliation du contrat conclu entre le Souscripteur et la mutuelle.

8. Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation après que vous en avez fait la demande,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat par le Souscripteur,
- en cas de résiliation de notre part suite au non-paiement de vos cotisations.

9. Omission ou déclaration inexacte

En cas d'omission ou de déclaration inexacte en l'absence de toute mauvaise foi de votre part constatée avant la réalisation du risque, la mutuelle se réserve le droit de maintenir cette adhésion. Cette omission ou déclaration inexacte peut conduire la mutuelle à une augmentation de cotisation. Si vous n'acceptez pas expressément cette hausse de cotisation, votre adhésion prendra fin dix jours après notification adressée par lettre recommandée. La portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus, vous est restituée.

10. Délit et fausse déclaration intentionnelle

En cas de délit intentionnel (fraude, escroquerie notamment), vous portez volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle. Par conséquence, la mutuelle

peut procéder à votre exclusion dans les conditions fixées au règlement intérieur et au règlement mutualiste 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 votre 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 votre 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.

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.

Autres informations

11. Informatique et Libertés

Les informations concernant l'adhérent et ses ayants droit sont nécessaires à la gestion de votre dossier. L'adhérent 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 :

Mutualia Territoires Solidaires
Service communication
75, avenue Gabriel Péri
38400 SAINT MARTIN D'HÈRES

Ainsi qu'à :

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

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 :

Mondial Assistance France SAS
54, rue de Londres
75008 Paris

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

12. 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 votre charge ou à la charge de votre ayant droit après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité Sociale.

13. Pluralité de contrats d'assurance

En cas de pluralité de contrats vous garantissant ou garantissant votre 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.

14. Organisme de contrôle

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

15. Réclamation - Médiation - Compétence territoriale

En cas de désaccord ou d'insatisfaction concernant l'application ou l'interprétation des Statuts, du Règlement Intérieur ou de la présente notice d'information, vous pouvez nous écrire à l'adresse suivante :

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

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, vous avez la possibilité de saisir, par écrit, le médiateur de la mutuelle. Votre réclamation ainsi que l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier devront être communiqués à l'adresse suivante :

MEDICYS
Centre de médiation et règlement
amiable des huissiers de justice
73 Boulevard de Clichy
75009 PARIS

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

16. 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 votre action, celle de votre bénéficiaire ou de votre 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 vous ou votre ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

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 vous est adressée par la mutuelle, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par vous, votre bénéficiaire ou votre ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

17. 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 se-

rait traduite en une ou plusieurs langues, seul le texte français ferait foi en cas de litige.

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau des prestations

Annexe 2 : Modèle de lettre de renonciation

Annexe 3 : Notice d'assistance

Tableau des prestations - Santé Plus Responsable

- 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 incluent le montant remboursé par l'Assurance Maladie.

| GARANTIES | | Remboursement Mutualia (A.M. incluse) | |
|---|--|---|---|
| | | Médecin adhérent au Contrat d'Accès aux Soins | Médecin non-adhérent au Contrat d'Accès aux Soins |
| HOSPITALISATION (maternité incluse) | Secteur conventionné | | |
| | Honoraires / actes chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) | 200 % BR | 180 % BR |
| | Frais de séjour hospitaliers de salle d'opération | 200 % BR | |
| | Secteur non-conventionné | | |
| | Honoraires / actes chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) | 180 % BR | |
| | Frais de séjour hospitaliers de salle d'opération | 200 % BR | |
| | Chambre particulière | 90 € / jour | |
| | Frais d'accompagnement (enfant < 16 ans) | 40 € / jour | |
| | Maison de repos et de convalescence | 200 % BR | |
| | Forfait hospitalier journalier | 100 % FR | |
| Participation forfaitaire de 18€ pour les actes techniques médicaux lourds supérieurs à 120€ | INCLUE | | |
| Hospitalisation à domicile | 200 % BR | | |
| Ambulance prise en charge par l'A.M | 100 % FR | | |
| SOINS COURANTS | Consultations et visites généralistes et spécialistes conventionnés | 200 % BR | 180 % BR |
| | Consultations et visites généralistes et spécialistes non conventionnés | 180 % BR | |
| | Auxiliaires médicaux | 200 % BR | |
| | Actes de spécialistes Actes techniques médicaux ATM -actes d'échographies ADE | 200 % BR | 180 % BR |
| | Actes d'imagerie ADI radios réalisées | 200 % BR | 180 % BR |
| | Analyses médicales | 200 % BR | |
| Pharmacie : Toutes catégories de médicaments pris en charge par l'A.M. (médicaments, homéopathie) | 100 % BR | | |
| DENTAIRE | Consultations, soins courants (y compris chirurgie dentaire ADC) + inlays onlays | 200 % BR | |
| | Prothèses dentaires non prises en charge par l'A.M. (hors inlay/onlay) | 300 % BR | |
| | Prothèses dentaires prises en charge par l'A.M. | 400 % BR | |
| | Orthodontie prise en charge ou non par l'Assurance Maladie | 350 % BR | |
| | Implantologie (prothèse sur implant et chirurgie sur implant), parodontologie remboursés par l'A.M | 400 % BR | |
| | Parodontologie, implantologie (racine et pilier) non remboursées par l'A.M. | 600 € par an et par bénéficiaire | |
| | Parodontologie remboursée par l'Assurance Maladie | 400 % BR | |
| | Stomatologie | 400 % BR | 200 % BR |
| Plafond dentaire annuel de 2 500 € (par an et par personne) et au delà tous les actes seront remboursés à hauteur de 125 % BR. | | | |

Tableau des prestations (suite)

| GARANTIES | | Remboursement Mutualia (A.M. incluse) | | |
|-----------------------------------|---|--|---|--|
| | | Médecin adhérent au Contrat d'Accès aux Soins | Médecin non-adhérent au Contrat d'Accès aux Soins | |
| OPTIQUE | Adulte: un équipement optique (monture + 2 verres) tous les 2 ans (sauf changement de dioptrie une paire par an). Enfant : moins de 18 ans, un équipement par an. | | | |
| | Montures | 150 € | | |
| | Verres | Voir grille ci-dessous | | |
| | Lentilles/lentilles jetables remboursées ou non remboursées par l'A.M. | 250 € par an et par bénéficiaire | | |
| | Chirurgie réfractive de l'oeil (par oeil) | 350 € | | |
| AUTRES PRESTATIONS | Cures thermales acceptée par la SS (par an et par bénéficiaire) | 10 % PMSS | | |
| | Orthopédie, appareillage, prothèse auditive, mammographie, échographie, prothèse mammaire, prothèse capillaire. | 100 % BR + 600 € P Auditive 200 € Appareillage | | |
| | Allocation naissance | 200 € | | |
| | Ostéopathie, Thérapie Manuelle, Pédicurie, Podologie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Micro Kinésithérapie, Diététicien, Homéopathie, Psychomotricité, Psychothérapie, Psychologue, Radios non remboursées par L'A.M | 150 € maximum par bénéficiaire et par an | | |
| | Diagnostic prostate | 80 % FR | | |
| | Analyses non remboursées par la Sécurité sociale | 3 % PMSS | | |
| | ACTES DE PREVENTION | | | |
| | Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs implants contraceptifs non remboursés par le RO, sevrage tabagique | 50 € par an et par bénéficiaire | | |
| | Les actes de préventions prévus dans la liste fixée par arrêté du 8Juin sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100% du TM. | Tous les actes | | |
| | Vaccins prescrits pris en charge ou non par l'A.M | 100 % FR | | |
| ASSISTANCE ET TIERS PAYANT | OUI | | | |

BR : Base de Remboursement. RSS : Remboursement Sécurité Sociale. TM : Ticket Modérateur. FR : Frais réels
A.M. : Assurance Maladie . PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS 2017 : 3 269 €)

| Verre simple - Foyer sphérique | |
|---|-------|
| sphère de -6 à +6 | 125 € |
| sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | 250 € |
| sphère hors zone de -10 à +10 | 250 € |
| Verre simple - Foyer sphéro-cylindrique | |
| cylindre inférieur ou égal à -4. sphère de -6 à +6 | 155 € |
| cylindre inférieur ou égal à +4 . Sphère hors zone de -6 à +6 | 300 € |
| cylindre supérieur à -4. sphère de -6 à +6 | 300 € |
| cylindre supérieur ou égal à +4 . Sphère hors zone de -6 à +6 | 300 € |
| Verre multifocal ou progressif sphérique | |
| sphère de -4 à +4 | 185 € |
| sphère hors zone de -4 à +4 | 350 € |
| Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique (quelque soit la puissance du cylindre) | |
| sphère de -8 à + 8 | 220 € |
| sphère hors zone de -8 à +8 | 350 € |

Modèle de lettre de renonciation

La lettre de renonciation doit être envoyée dans le délai de quatorze jours calendaires à compter de l'adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception à :

GMC HENNER

Unité de Gestion n°38

1 rue Marcel Paul

44019 NANTES CEDEX 1

Tel : 02 51 88 76 38

gmcg.ug38@henner.fr

Le modèle de lettre ci-dessous peut être utilisé pour renoncer à l'adhésion à la mutuelle :

Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro d'Adhérent),demeurant à (adresse complète) vous informe que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai souscrit le (date) ».

À..... Le

Signature

Notice d'assistance

1. Bénéficiaires

Sont couverts par la présente convention, le sociétaire ainsi que les personnes inscrites sur son contrat, résidant en FRANCE métropolitaine et vivant habituellement sous le même toit.

2. Durée des garanties

La garantie d'assistance suit le sort du protocole d'accord et cesse lors de la résiliation du contrat avec la mutuelle.

3. Couverture géographique

Les prestations d'assistance seront délivrées sur le territoire métropolitain.

4. Faits générateurs

Les prestations sont acquises en cas d'hospitalisation, de maladie, de blessure ou de décès. Les prestations d'information sont acquises en tout temps.

5. Modalités de mise en oeuvre

POUR CONTACTER MUTUALIA ASSISTANCE

DU 1ER JANVIER AU 31 DECEMBRE

SANS INTERRUPTION, 24 HEURES SUR 24

Les services d'informations sont joignables du lundi au samedi de 9 H 00 à 20 H 00.

Pour Mutualia Territoires Solidaires :

Par téléphone : 01.48.97.74.17

Par télécopie au : 01.48.97.12.13

LORS DU 1ER APPEL, LE BÉNÉFICIAIRE DOIT :

- rappeler son numéro de sociétaire ;
- préciser ses nom, prénom et adresse.

Un numéro d'assistance sera alors communiqué au bénéficiaire qui le rappellera dans le cadre du dossier en cours, lors de toutes ses relations ultérieures avec MUTUALIA ASSISTANCE.

6. Exécution des prestations

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de MUTUALIA ASSISTANCE.

En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire, n'est remboursée par MUTUALIA ASSISTANCE.

Dans le cadre des prestations prévues à l'article 8.1, il convient de préciser que MUTUALIA ASSISTANCE ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.

7. Prestations d'information

7.1. Information médicale

Il s'agit d'un service d'informations générales, animé par les médecins de l'équipe médicale de MUTUALIA ASSISTANCE, destiné à répondre à toute question de nature médicale notamment dans les domaines suivants :

- Les nouveaux traitements ;
- Les effets secondaires ;
- Les interactions entre médicaments ;
- Les régimes spécifiques ;
- les vaccinations ;
- la mise en forme ;
- la diététique ;
- la puériculture.

Les médecins peuvent répondre à toutes questions concernant les bénéficiaires. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

Ce service est conçu pour écouter, informer et orienter, et, en aucun cas, il ne peut remplacer le médecin traitant.

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

De plus, en cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler **le médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (le 15 depuis un poste fixe et le 112 depuis un portable)**.

Toutefois, en cas de besoin, l'équipe médicale de MUTUALIA ASSISTANCE est présente, 24 heures sur 24, pour renseigner et orienter.

7.2. Information juridique

Il s'agit d'un service d'informations générales, assuré par une équipe de chargés d'informations, destiné à répondre à toute question d'ordre réglementaire ainsi qu'aux demandes d'informations du domaine de la vie pratique :

RENSEIGNEMENTS REGLEMENTAIRES

• Habitation / logement

Acquisition, construction – financement – loyer, bail, congé – copropriété – vente, achat en viager – résidence secondaire, urbanisme – expropriation – les professionnels et l'immobilier – organismes à consulter

• Justice / défense / recours

A qui vous adresser ? – comment porter plainte ? – juridictions civiles – juridictions administratives – juridictions pénales – frais de justice – aide judiciaire – amendes pénales...

• Vie professionnelle

Contrat de travail – réglementation du travail – licenciement – chômage – travail à domicile – fonction publique – travail à l'étranger – travail temporaire...

• Sociétés / commerçants / artisans / affaires

Professions libérales – professions commerciales et industrielles – professions artisanales – sociétés commerciales – TVA et autres taxes – assurances professionnelles – aide-mémoire des formalités – frais d'installation – comment créer une association – congés de formation des salariés...

• Impôts / fiscalité

Qui est imposable ? – imprimés à remplir – traitements et salaires – revenus fonciers – BIC – BNC – BA – plus-values – charges déductibles / calcul de l'impôt – impôts locaux – réclamations, paiements, contrôles...

RENSEIGNEMENTS VIE PRATIQUE

• Consommation

Argent et chèques dans la vie quotidienne – santé – personnel de maison – protection de la vie privée – l'énergie dans la vie quotidienne – automobile – vivre mieux (nouvelles brèves et conseils)...

• Vacances / loisirs

Vacances en famille – enfants et adolescents – camping, caravanning – voyages organisés – centres et mouvements de jeunesse – activités de plein air – activités culturelles – loisirs du 3ème âge – vacances à l'étranger – votre argent en vacances...

• Formalités / cartes / permis

Etat civil – passeport – casier judiciaire – cartes et permis divers – obligations militaires – déménagements...

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures.

Nos prestations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées par nos spécialistes ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques, etc.

En aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

7.3. Conseil social

Ce service d'informations à caractère documentaire et réglementaire sur la législation sociale est destiné principalement à accueillir et orienter le bénéficiaire dans les domaines suivants :

- **La personne** : état civil, nom nationalité, statut des étrangers, protection des majeurs.
- **La structure de la famille** : mariage, divorce, séparation de corps, concubinage, PACS, obligations alimentaires.
- **La maternité** : assurance maternité, la femme enceinte et le contrat de travail, l'interruption volontaire de grossesse.
- **Le statut de l'enfant** : naissance, filiation, adoption, autorité parentale, tutelle et émancipation des mineurs.
- **Les prestations familiales** : conditions générales d'attribution, les différentes prestations, la tutelle.
- **L'accueil du jeune enfant** : les congés de naissance, la protection médico-social de l'enfant, les assistantes maternelles, les travailleuses familiales, les établissements et services d'accueil des jeunes enfants, les employés de maison, les aides financières pour la garde des enfants.
- **Les jeunes** : la scolarité, les services de santé et le service social en faveur des élèves, accidents et assurances scolaires, les bourses, l'insertion professionnelle.
- **La protection de la jeunesse** : l'aide sociale à l'enfance, la protection judiciaire, la défense des intérêts de l'enfant.
- **L'emploi et le chômage** : salaire, rupture du contrat de travail, convention de conversion, RMI, insertion professionnelle des chômeurs.
- **Le budget** : le surendettement.
- **Le logement** : l'aide personnalisée au logement et l'allocation logement, les prêts et l'accession à la propriété, les aides à l'amélioration de l'habitat.
- **La maladie et l'accident** : prévention et médecine sociale, assurance maladie, accidents du travail, maladies professionnelles, la protection complémentaire, l'hospitalisation à domicile.
- **Le handicap et l'invalidité** : les dispositions en faveur des adultes.
- **La retraite** : la préretraite, la retraite de base, la retraite complémentaire, la retraite des non-salariés, le minimum vieillesse, les aides à domicile, l'accueil familial des personnes âgées ou handicapées, APA.
- **De l'aide sociale à l'aide juridique** : aide sociale, juridictionnelle, aide aux personnes âgées.
- **Le décès** : les formalités, le capital décès, la pension de réversion, l'allocation veuvage.

Nos prestations sont uniquement téléphoniques.

Aucune des informations dispensées par nos équipes ne peut se substituer aux intervenants ou experts habituels.

Aucune information émanant de MUTUALIA ASSISTANCE ne pourra porter sur une procédure en cours. MUTUALIA ASSISTANCE est tenu par une obligation de moyens.

8. Prestations en cas d'accident ou maladie

8.1. Urgence au domicile

En cas d'accident ou de maladie au domicile, outre les secours de première urgence auxquels le bénéficiaire doit faire appel en priorité, MUTUALIA ASSISTANCE peut apporter son aide ou ses conseils :

- dans la recherche d'un médecin (en l'absence du médecin traitant) ;
- dans l'organisation du transport à l'hôpital par ambulance ;
- dans le retour au domicile, lorsque l'état de santé du bénéficiaire le permet.

8.2. Acheminement des médicaments

Si le bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie non chronique ou d'un accident, et si personne de son entourage ne peut lui venir en aide, MUTUALIA ASSISTANCE :

• lui envoie l'un de ses correspondants pour chercher les médicaments prescrits par son médecin, lors d'une visite (le coût des médicaments n'est pas à la charge de MUTUALIA ASSISTANCE) ; un certificat médical attestant de l'immobilisation sera demandé ;

• lui indique, dans toute la mesure du possible, les coordonnées d'organismes qui fournissent à domicile des soins médicaux, des services repas, des soins esthétiques...

MUTUALIA ASSISTANCE peut également se charger de rechercher, de façon ponctuelle une personne pour :

- effectuer une démarche administrative ;
- faire des courses ;
- accompagner le bénéficiaire, lors d'une visite médicale.

Ces interventions sont à la charge du bénéficiaire.

8.3. École à domicile

La prestation « école à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital plus de 15 jours et l'empêchant de poursuivre sa scolarité. MUTUALIA ASSISTANCE intervient à compter du 16ème jour.

Par domicile, on entend le lieu habituel d'habitation de l'enfant.

Selon les conditions définies ci-dessus, MUTUALIA ASSISTANCE recherche et envoie au domicile de l'enfant un répétiteur scolaire afin de lui permettre de poursuivre sa scolarité dans les matières principales.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général.

MUTUALIA ASSISTANCE prend en charge les coûts occasionnés à raison de 10 heures par semaine, pendant 5 semaines, tous cours confondus, fractionnables dans la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine et de 2 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur. Si des cours sont demandés par le bénéficiaire au-delà de 10 heures par semaine, ils seront financièrement à sa charge.

La prestation est acquise autant de fois qu'il est nécessaire au cours de l'année scolaire, hors vacances scolaires et jours fériés. Elle cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant, donnent leur accord explicite à la réalisation de cette prestation.

Si l'immobilisation de l'enfant devait se prolonger au-delà des délais précisés ci-dessus, MUTUALIA ASSISTANCE informerait et orienterait le bénéficiaire vers toute structure compétente (CNED...) pouvant aider l'enfant à poursuivre sa scolarité.

• Conditions médicales nécessaires à la mise en œuvre de la garantie

Le bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de MUTUALIA ASSISTANCE un certificat médical justifiant l'intervention.

Ce certificat doit préciser si l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Dans le cadre de ce contrat, la maladie est définie comme « toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente » ; l'accident étant « une atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du bénéficiaire, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure ».

• Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

• Le service "école à domicile" ne s'applique pas :

- aux maladies ou accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat ;
- lorsque l'enfant est atteint d'une maladie préexistante diagnostiquée et/ou traitée, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance.

9. Prestations en cas d'hospitalisation de l'adhérent ou de son conjoint

9.1. Garde d'enfants

Le bénéficiaire a la garde de ses enfants (ou petits-enfants) de moins de 15 ans.

MUTUALIA ASSISTANCE lui propose l'organisation et la prise en charge d'une assistante maternelle compétente à domicile pour une période de 2 jours, à raison de 8 heures par jour.

Pendant cette période, MUTUALIA ASSISTANCE se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école.

Dès l'appel, MUTUALIA ASSISTANCE, met tout en œuvre pour répondre au plus vite à cette demande. Toutefois, MUTUALIA ASSISTANCE se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux d'assistantes maternelles agréées.

Cette prestation s'applique également en cas d'accident de l'assistante maternelle habituelle (sous contrat de travail avec la famille) ayant entraîné une hospitalisation.

MUTUALIA ASSISTANCE lui propose également l'organisation et la prise en charge :

- soit du voyage des enfants (ou petits-enfants de moins de 15 ans) jusqu'au domicile d'un proche, résidant en FRANCE métropolitaine ou MONACO ;
- soit du transport aller et retour (en train 1ère classe ou avion classe économique si seul ce moyen peut être utilisé) de ce proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la précédente.

9.2. Garde des personnes dépendantes

Le bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant sous son toit.

MUTUALIA ASSISTANCE fait le nécessaire pour :

- soit organiser et prendre en charge la garde de ces personnes pendant 2 jours, à raison de 8 heures par jour ;
- soit organiser et prendre en charge le coût du transport (en train 1^{ère} classe ou avion classe économique si seul ce moyen peut être utilisé) de ces personnes chez des proches, résidant en FRANCE métropolitaine ou MONACO.

9.3. Garde des animaux

MUTUALIA ASSISTANCE organise leur gardiennage à domicile ou dans un centre agréé. Cette prestation est limitée à 30 jours.

Dès l'appel de l'un des bénéficiaires, MUTUALIA ASSISTANCE met tout en œuvre pour répondre au plus vite à sa demande. Toutefois, MUTUALIA ASSISTANCE se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux de gardiennage.

10. Prestations en cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de l'adhérent ou de son conjoint (ou de plus de 8 jours pour maternité) ou d'immobilisation à domicile de plus de 10 jours

MUTUALIA ASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire une aide à domicile à concurrence d'un maximum de 3 fois 2 heures, réparties dans les 10 jours qui suivent le retour au domicile.

Ce plafond peut être porté à 4 fois 2 heures dans le cas où le bénéficiaire :

- A un enfant à charge de moins de 10 ans,
- Vit seul,
- A un conjoint handicapé.

Un délai maximum de 3 jours peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer l'aide à domicile.

11. Prestations en cas de maternité

11.1. Informations "naissance"

Ce service, assuré par des médecins de MUTUALIA ASSISTANCE est destiné à répondre aux questions relatives au bien-être du nouveau-né.

Il est à la disposition du bénéficiaire ceci autant de fois qu'il le souhaite dans les 3 mois qui précèdent et qui suivent la naissance.

Il est conçu pour écouter, orienter et informer les parents.

En aucun cas il ne peut remplacer le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence (SAMU 15 : composer le 15 d'un poste fixe et le 112 d'un portable).

Ce service conseille les bénéficiaires dans des domaines tels que :

L'alimentation

• allaitement maternel : comment donner le sein, combien de tétées faut-il donner par jour, quel est l'intervalle entre deux tétées, quelle quantité de nourriture donner, quelle alimentation pour la mère en cas d'allaitement ?, etc...

• allaitement artificiel : comment nettoyer et stériliser les biberons et les tétines, comment préparer les biberons, etc. ?

Le sommeil

• combien de temps doit dormir bébé, faut-il le réveiller pour le nourrir, à quelle température doit être la chambre de bébé, dans quelle position faut-il coucher bébé, etc. ?

L'hygiène

• à quelle température faut-il baigner bébé, quels soins pour le cordon ombilical, les yeux, les oreilles, le nez, les ongles, etc. ?

L'environnement

• à quel âge peut-on sortir bébé ?

Notions médicales simples

• que faire en attendant le médecin en cas de fièvre, de vomissements ou de diarrhée, etc. ?

Notions simples de prévention sur

- les vaccinations ;
- les visites médicales obligatoires ;
- les accidents domestiques...

Notions sociales

- informations relatives à la protection maternelle et infantile ;
- les allocations familiales...

11.2. Accompagnement psychologique

L'objet de cette prestation est d'offrir au bénéficiaire un accompagnement psychologique. L'appel du bénéficiaire doit intervenir dans les 30 qui suivent la maternité.

A l'occasion du premier entretien, le bénéficiaire doit fournir son nom, prénom, adresse et coordonnées téléphoniques, ainsi que celles de son médecin traitant.

Un médecin ou une assistante sociale de MUTUALIA ASSISTANCE donne leur accord pour le déclenchement de la prestation.

Cette prestation par téléphone, qui a pour objectif principal d'aider le bénéficiaire à identifier, évaluer et utiliser ses ressources personnelles internes, familiales, sociales et médicales, est réalisée par un psychologue clinicien et comprend :

- un suivi pendant 2 mois par le psychologue avec un maximum de 3 entretiens planifiés sur la période.
- une orientation éventuelle vers une structure locale compétente.

MUTUALIA ASSISTANCE n'est tenu que par une obligation de moyens.

Dans tous les cas, la décision d'accompagnement psychologique appartient exclusivement au médecin de MUTUALIA ASSISTANCE, éventuellement après contact et accord du médecin traitant.

12. Prestations en cas de chimiothérapie ou de radiothérapie

MUTUALIA ASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire, pendant la durée du traitement :

- soit une aide à domicile à concurrence d'un forfait annuel de 20 heures.

Un délai maximum de 3 jours peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer l'aide à domicile.

• soit prend en charge les voyages Aller et Retour d'un proche jusqu'à son domicile, à concurrence d'un maximum de 375 EUR TTC.

13. Prestations en cas d'enfant malade

GARDE D'ENFANTS MALADES A DOMICILE (« G.E.M.D. ») est un service permettant au bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où un de ses enfants est malade ou blessé, et a besoin de la présence d'une personne à son chevet à son domicile. MUTUALIA ASSISTANCE recherche et envoie une personne compétente, afin d'assurer cette garde.

La prise en charge de cette garde est limitée, par accident ou maladie, à 8 heures par jour au sein des heures normales de travail, pendant 3 jours ouvrables.

Cette prestation ne s'appliquera qu'au-delà des jours accordés par la convention collective en cas d'absences liées aux charges de famille.

CONDITIONS MEDICALES ET ADMINISTRATIVES

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé à MUTUALIA ASSISTANCE, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

En outre, le bénéficiaire autorise la personne qui garde l'enfant à joindre MUTUALIA ASSISTANCE par téléphone autant de fois que nécessaire.

DELAI DE MISE EN PLACE

MUTUALIA ASSISTANCE se réserve un délai maximum de 5 heures à compter des heures d'ouverture du réseau de gardes, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant malade ou blessé.

Le choix des personnes intervenant est dans tous les cas du seul ressort de MUTUALIA ASSISTANCE.

Sont exclues :

- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance ;
- les maladies nécessitant des soins médicaux relevant d'un service d'infirmière ou d'infirmier à domicile ;
- les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile.

14. Prestations en cas de décès

14.1. Garde des enfants, des personnes dépendantes et des animaux

Ces prestations sont organisées et prises en charge dans les mêmes conditions qu'en cas d'hospitalisation.

un déplacement, par exemple en cas d'hospitalisation, ou qu'il doit adresser à toute personne demeurant en FRANCE métropolitaine ou MONACO.

14.2. Avance de fonds pour frais d'obsèques

Si le bénéficiaire est subitement démuné de moyens financiers, MUTUALIA ASSISTANCE lui procure, à titre d'avance, sans intérêt, une somme maximum de 3 050 EUR TTC.

Cette somme est remboursable dans un délai de trente jours, au-delà duquel MUTUALIA ASSISTANCE est en droit d'en poursuivre le recouvrement.

A cet effet, le numéro et la date de validité de sa carte bancaire ou de crédit sont demandés ; à défaut, un chèque de garantie du montant de l'avance est exigé concomitamment à cette demande.

14.3. Accompagnement psychologique

L'objet de cette prestation est d'offrir au bénéficiaire un accompagnement psychologique lorsqu'il est confronté au décès d'un de ses proches.

L'appel du bénéficiaire doit intervenir dans les 30 jours suivant l'événement traumatisant.

A l'occasion du premier entretien, le bénéficiaire doit fournir ses nom, prénom, adresse et coordonnées téléphoniques, ainsi que celles de son médecin traitant.

Un médecin ou une Assistante Sociale de MUTUALIA ASSISTANCE donne leur accord pour le déclenchement de la prestation.

Cette prestation par téléphone, qui a pour objectif principal d'aider le bénéficiaire à identifier, évaluer et utiliser ses ressources personnelles internes, familiales, sociales et médicales, est réalisée par un psychologue clinicien et comprend :

- Un suivi pendant 2 mois par le psychologue avec un maximum de 3 entretiens planifiés sur la période.
- Une orientation éventuelle vers une structure locale compétente.

MUTUALIA ASSISTANCE n'est tenue que par une obligation de moyens.

Dans tous les cas, la décision d'accompagnement psychologique d'urgence appartient exclusivement au médecin de MUTUALIA ASSISTANCE, éventuellement après contact et accord du médecin traitant.

15. Prestations dans la vie courante

15.1. Messages urgents

MUTUALIA ASSISTANCE se charge de transmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, les messages urgents qui sont destinés au bénéficiaire, lorsque celui-ci ne peut être joint directement pendant un séjour ou

D'une manière générale, la retransmission des messages est subordonnée à :

- une demande justifiée ;
- une expression claire et explicite du message à retransmettre ;
- une indication précise des nom, prénom et adresse complète et, éventuellement du numéro de téléphone de la personne à contacter.

La communication à MUTUALIA ASSISTANCE du message à retransmettre reste aux frais du demandeur.

15.2. Assistance domestique

MUTUALIA ASSISTANCE est présente 24 heures / 24 pour rechercher et communiquer les numéros d'appels téléphoniques : des taxis, gares, SNCF, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmerie, des entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 KM du domicile, telles que : plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie, etc

La prestation de MUTUALIA ASSISTANCE se limite à communiquer un ou plusieurs numéros téléphoniques : MUTUALIA ASSISTANCE ne saurait, en aucun cas, recommander une entreprise, ni, à fortiori, être impliquée à propos de la qualité du travail exécuté par le réparateur ou à propos de la rapidité de son intervention.

15.3. Assistance " voyages "

Le bénéficiaire peut souscrire un des produits de la gamme « voyages » de MUTUALIA ASSISTANCE, avec une réduction de 20 % sur les tarifs publics.

15.4. Assistance " déménagement "

Location de véhicule utilitaire : le bénéficiaire a accès aux tarifs négociés de MUTUALIA ASSISTANCE (hors assurance).

Dans le cadre de ce déménagement, MUTUALIA ASSISTANCE peut également procurer au bénéficiaire, à titre d'avance, sans intérêt, une somme maximum de 1 500 EUR TTC.

Cette somme est remboursable dans un délai de trois mois, au-delà duquel MUTUALIA ASSISTANCE est en droit d'en poursuivre le recouvrement.

A cet effet, le numéro et la date de validité de la carte bancaire ou de crédit sont demandés ; à défaut, un chèque de garantie du montant de l'avance est exigé concomitamment à cette demande.

15.5. Assistance " coup dur "

En cas de sinistre à domicile rendant ce dernier inhabitable, de tentative de vol ou d'effraction rendant nécessaire le remplacement de la serrure, ou encore en cas de vol d'effets personnels (en FRANCE ou à l'étranger), MUTUALIA ASSISTANCE procure au bénéficiaire, à titre d'avance, sans intérêt, une somme maximum de 1 500 EUR TTC.

Cette somme est remboursable dans un délai de trois mois, au-delà duquel MUTUALIA ASSISTANCE est en droit d'en poursuivre le recouvrement.

A cet effet, le numéro et la date de validité de la carte bancaire ou de crédit sont demandés ; à défaut, un chèque de garantie du montant de l'avance est exigé concomitamment à cette demande.

16. Exclusions

Outre les exclusions précisées dans le texte du présent contrat, MUTUALIA ASSISTANCE ne peut être tenue responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution provoqués par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat, les interdictions décidées par les autorités locales ou les grèves, absence d'aléa.

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

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du contrat.

Billetterie

Si un billet a été délivré, MUTUALIA ASSISTANCE dégage toute responsabilité concernant des évènements indépendants de sa volonté, notamment en cas de surréservation, de retard, d'annulation ou de changement de la destination figurant sur le billet.

17. Cadre juridique

Les prestations sont mises en œuvre par Mondial Assistance France SAS – 54, rue de Londres, 75008 Paris - Société par Actions Simplifiée au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS PARIS - Siret : 490 381 753 00014 - Société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS (www.orias.fr) sous le numéro 07 026 669. Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles sise 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cédex 09.

Et assurées par : Fragonard Assurances – 2, rue Fragonard, 75807 Paris Cédex 17 - Société Anonyme au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Paris - Siret : 479 065 351 00013 - Entreprise régie par le Code des Assurances, ci-avant dénommée « MUTUALIA ASSISTANCE ».

Attribution de juridiction

Tout différend touchant à l'interprétation ou à l'exécution de la présente convention sera portée devant le Tribunal compétent du siège social de FRAGONARD ASSURANCES.



Entre nous, c'est humain

Mutualia Territoires Solidaires

75 avenue Gabriel Péri
38400 SAINT MARTIN D'HÈRES

Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 449 571 256
NI_SANTE_PLUS_MTS_2017