



NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE N°01202888U00

Madame, Monsieur,

Votre employeur a souscrit auprès d'AÉSIO mutuelle un contrat collectif, garantissant la prise en charge complémentaire à l'assurance maladie obligatoire de vos frais de soins de santé.

Cette notice d'information présente toutes les informations pratiques relatives à la mise en œuvre de votre contrat : bénéficiaires du régime, détail des remboursements, formalités d'adhésion, démarches à accomplir pour obtenir le paiement de vos prestations.

Les prestations du régime à adhésions obligatoires et facultatives sont reportées dans le tableau de garanties indissociable de la présente notice.

Sommaire

• BENEFICIAIRE DE LA GARANTIE	2
• MODALITES ADMINISTRATIVES	2
• VIE DU CONTRAT	3
• MAINTIEN DES GARANTIES	4
• COTISATIONS	5
• PRESTATIONS	6
• A SAVOIR	10
• CONTACT MUTUELLE	12
• DÉTAIL DES GARANTIES	Annexe 1
• PORTABILITÉ	Annexe 2
• ASSISTANCE À DOMICILE	Annexe 3
• QU'EST-CE Q'UNE GARANTIE RESPONSABLE	Annexe 4

BENEFICIAIRE DE LA GARANTIE

ADHESION OBLIGATOIRE

Pour les salariés de l'Entreprise :

L'adhésion au présent régime "Frais de Santé" est obligatoire pour **l'ensemble des usagers de l'Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) travaillant pour ASS PARENTS ET AMIS PERSONNES HANDICAPES** hormis pour les salariés dispensés d'affiliation, conformément aux dispenses applicables.

Dans le cadre de l'adhésion au présent contrat, les références aux « salariés de l'Entreprise » doivent être entendues comme faisant référence aux usagers de l'ESAT souscripteur du présent contrat. L'ensemble des droits et obligations des salariés sont donc applicables à la catégorie de bénéficiaire susmentionnée.

A la date de l'adhésion, le salarié devient Membre participant de la Mutuelle.

ADHESION FACULTATIVE DES AYANTS DROIT

Le Membre participant est libre de faire adhérer au régime ses ayants droit, tels que définis ci-dessous. En cas d'affiliation, les ayants droit bénéficient automatiquement des mêmes garanties que celles du Membre participant.

Sont considérés comme ayants droit du Membre participant les personnes désignées sur le bulletin d'affiliation telles que :

- les personnes reconnues comme ayants droit du Membre participant par la législation de la Sécurité Sociale,
- les membres d'une même famille ou vivant au foyer du Membre participant, bénéficiant d'une couverture sociale personnelle tels que :
 - o Le conjoint, non divorcé, non séparé de corps judiciairement.
 - o Le concubin (personne vivant en couple avec le Membre participant dans le cadre d'une union de fait dont le domicile fiscal est le même).
 - o Le partenaire lié par un PACS (dit partenaire).
 - o Les enfants du Membre participant ou de son conjoint (concubin ou partenaire) âgés de moins de 28 ans dès lors qu'ils ne sont ni mariés, ni pacsés ou ne vivant pas en concubinage. Ils perdent la qualité d'ayants droit du Membre participant au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 28^{ème} anniversaire.
 - o Les enfants reconnus handicapés sont considérés comme ayants droit du Membre participant et peuvent bénéficier du présent contrat quel que soit leur âge s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

L'ensemble des bénéficiaires doit être affilié à l'assurance maladie obligatoire.

ADHESION FACULTATIVE AUX GARANTIES OPTIONNELLES

L'employeur a souscrit une garantie optionnelle en complément du régime de base obligatoire. Le Membre participant peut demander son adhésion à cette garantie pour lui-même et ses ayants droit dans les trois (3) mois suivant son adhésion au régime obligatoire (auquel cas son adhésion prend effet à la même date que l'adhésion au régime obligatoire) ou tous les ans (avec une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année suivante).

En contrepartie, il s'engage à rester couvert au titre de cette nouvelle garantie durant douze (12) mois minimum.

Résiliation des garanties optionnelles : voir paragraphe « Radiation des ayants droit / résiliation des garanties optionnelles ».

MODALITES ADMINISTRATIVES

Pour adhérer, il suffit de compléter et de remettre à l'employeur un bulletin d'affiliation pour le Membre participant et ses ayants droit (ci-après les documents à fournir selon le statut).

DOCUMENTS A FOURNIR A L'ADHESION

QUALITE DES BENEFICIAIRES	DOCUMENTS A FOURNIR (photocopie)
Salarié	→ Attestation Vitale d'immatriculation à la Sécurité sociale → Relevé d'identité bancaire ou postal pour le versement des prestations
Conjoint Concubin Pacsé	→ Attestation Vitale d'immatriculation à la Sécurité sociale,
Enfants	→ Attestation Vitale d'immatriculation à la Sécurité sociale du salarié ou du conjoint ou concubin, Ou → Attestation Vitale d'immatriculation à la Sécurité sociale s'il est lui-même assuré social Pour les enfants reconnus handicapés : → Carte invalidité ou carte mobilité inclusion portant la mention invalidité → OU Attestation Allocation Enfant Handicapé (AEEH) → OU Attestation Allocation Adulte Handicapé (AAH)

MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

Les modifications de RIB, attestation Vitale, changement de caisse de Sécurité sociale pour le Membre participant ou ses ayants droit, changement d'adresse sont à adresser directement auprès de la Mutuelle.

VIE DU CONTRAT

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Pour les adhésions obligatoires :

Les garanties prennent effet, le premier jour de l'adhésion.
Aucun délai de carence n'est appliqué.

Pour les adhésions facultatives :

Si les ayants droit sont inscrits sur le bulletin d'affiliation, ils seront, comme le Membre participant, couverts dès le premier jour de l'adhésion.

Si les ayants droit adhèrent ultérieurement, ils seront admis au bénéfice des garanties, sans délai de carence, au 1er jour du mois civil suivant la demande.

MODIFICATION DES GARANTIES

En cas de modification des garanties, l'employeur remettra aux salariés une notice d'information comportant les modifications apportées aux garanties.

En fonction des garanties modifiées, le Membre participant peut résilier la couverture facultative de ses ayants droit et/ou ses garanties optionnelles dans le mois suivant la remise de la nouvelle notice d'information (modalités : voir paragraphe « *Radiation des ayants droit / résiliation des garanties optionnelles* »).

RADIATION DES AYANTS DROIT

• Modalités

L'adhésion facultative des ayants droit prend fin en cas de demande de résiliation de la part du Membre participant, signifiée, par lettre, ou par tout autre support durable à la Mutuelle au moins deux (2) mois avant la date d'échéance du contrat fixée au 31 décembre (soit avant 31 octobre au plus tard). La radiation prend effet à l'échéance annuelle, soit au 31 décembre.

• Dérogations

Il pourra toutefois être dérogé à cette règle dans les cas suivants :

- en cas de modification des garanties, le Membre participant peut demander la radiation de ses ayants droit dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information par l'employeur. Cette demande de radiation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

- en cas de changement de situation familiale dûment justifié (jugement définitif de divorce, rupture du PACS ou du concubinage, décès d'un ayant droit), sous réserve d'en faire la demande dans les trois (3) mois qui suivent l'événement. La radiation prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.
- en cas de couverture des ayants droit dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire (attestation à fournir). La demande de radiation doit être faite dans les trois (3) mois suivant la mise en place de cette couverture obligatoire. La radiation prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

RÉSILIATION DES GARANTIES OPTIONNELLES

Modalités

L'adhésion aux garanties optionnelles prend fin en cas de demande de résiliation de la part du Membre participant, signifiée, par lettre, ou par tout autre support durable à la Mutuelle au moins deux (2) mois avant la date d'échéance du contrat fixée au 31 décembre (soit avant le 31 octobre au plus tard). La résiliation prend effet à l'échéance annuelle, soit au 31 décembre.

Le Membre participant peut résilier son adhésion aux garanties optionnelles en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garanties souscrit.

La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un (1) mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande de résiliation.

• Dérogations

Il pourra toutefois être dérogé à cette règle dans les cas suivants :

- en cas de modification des garanties, le Membre participant peut demander la résiliation des garanties optionnelles dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information par l'employeur. Cette demande de résiliation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties. Dans ce cas, le Membre participant continuera, éventuellement avec ses ayants droit, à être couvert au titre du régime de base.
- en cas de changement de la situation familiale dûment justifié (jugement définitif de divorce, rupture du PACS ou du concubinage, décès d'un ayant droit), sous réserve d'en faire la demande dans les trois (3) mois qui suivent l'événement. La résiliation prendra effet le 1^{er} jour du mois qui suit cette demande.

FIN DE LA GARANTIE

Le Membre participant cesse de bénéficier des garanties dans les situations suivantes :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat par l'employeur ou par la Mutuelle. Toutefois dans ce cas, le Membre participant peut demander à la Mutuelle de devenir Membre participant à titre individuel,
- à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail,

- à l'expiration du mois au cours duquel intervient la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du salarié, sauf en cas de cumul emploi-retraite,
- à l'expiration du mois au cours duquel le Membre participant ne remplit plus les conditions d'appartenance à la catégorie de personnel bénéficiaire,
- pour la couverture d'un ayant droit, à l'expiration du mois au cours duquel il perd cette qualité,
- à la date du décès du salarié ou le cas échéant à l'expiration de la période de maintien de douze (12) mois au profit des ayants droit du salarié décédé. La cotisation due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès.
- à la date d'effet de la demande de résiliation du Membre participant pour les garanties optionnelles,
- à la date d'effet de la demande de radiation par le Membre participant, de la couverture facultative de ses ayants droit.
- à la date d'effet de la résiliation, par la Mutuelle, de la couverture facultative des ayants droit et des garanties optionnelles, en cas de non-paiement de la cotisation correspondante par le Membre participant (voir paragraphe : « *Défaut de paiement des cotisations par le Membre participant* »),

La Mutuelle peut résilier le contrat souscrit par l'employeur par lettre recommandée deux (2) mois avant la date d'échéance du contrat ou en cas de non-paiement des cotisations par l'employeur (voir paragraphe : « *Défaut de paiement des cotisations par l'employeur* »).

L'employeur peut également mettre fin au contrat en le signifiant, par lettre, par tout autre support durable ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, à la Mutuelle au moins deux (2) mois avant la date d'échéance du contrat fixée au 31 décembre (soit avant le 31 octobre au plus tard).

Il peut également mettre fin au contrat en cours d'année, après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garanties souscrit. La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un (1) mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande de résiliation.

La sortie du régime "frais de santé" du Membre participant entraîne par conséquent, celle de ses ayants droit. La carte de tiers payant doit être restituée à l'employeur.

La cessation des garanties à adhésion obligatoire met fin automatiquement aux garanties optionnelles à adhésion facultative. Seuls les actes réalisés jusqu'à la date de cessation des garanties sont pris en charge par la Mutuelle.

Toutefois, les garanties peuvent être maintenues pour certains salariés et ayants droits selon les modalités fixées au paragraphe « Maintien des Garanties ».

MAINTIEN DES GARANTIES

SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Suspension du contrat de travail avec maintien de salaire :

En cas de suspension du contrat de travail d'un Membre participant donnant lieu à indemnisation, que ce soit sous la forme :

- d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou pour son compte, par l'intermédiaire d'un tiers (indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur),
 - d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, y compris en cas d'activité partielle, activité partielle de longue durée ou de toute période de congé rémunéré par l'employeur,
- les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que les salariés actifs et la participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations, continuent à être versées selon les mêmes modalités que pour les salariés en activité.

Suspension du contrat de travail sans maintien de salaire :

En cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, les garanties sont suspendues.

La suspension des garanties intervient à la date de suspension du contrat de travail et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé.

Les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins se situe durant cette période de suspension ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

Toutefois, le Membre participant a la possibilité de demander à la Mutuelle le maintien de la couverture, à titre individuel, durant la période de suspension, sous réserve du paiement de la totalité de la cotisation (part salariale + part patronale) due pour les salariés en activité. Dans ce cas :

- lorsque la suspension débute en cours de mois, la 1^{ère} cotisation due par le salarié au titre du maintien de garantie est celle du mois suivant ;
- lorsque la suspension se termine en cours de mois par la reprise du travail, la dernière cotisation due par le salarié au titre du maintien de garantie est celle du mois précédant la fin de la suspension.

La demande de maintien doit être effectuée par écrit auprès de la mutuelle au plus tard dans les trois (3) mois suivant la date du début de suspension du contrat de travail. Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive de la demande. Le maintien prend effet à la date de suspension du contrat de travail.

EN CAS DE DEPART DE L'ENTREPRISE

Portabilité des droits :

Sous réserve de remplir les conditions rappelées en annexe de la présente notice, le Membre participant peut bénéficier, à compter de la cessation de son contrat de travail, d'un maintien provisoire gratuit de sa couverture.

Maintien de garanties « Loi Evin » :

Conformément aux dispositions légales, le Membre participant a le droit au maintien, à titre onéreux, de sa couverture "frais de soins de santé" si, après avoir cotisé au contrat en qualité de salarié actif, il se trouve dans une des situations suivantes :

- salarié privé d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement,
- salarié obtenant la liquidation de sa pension vieillesse,
- salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu.

Cette demande de maintien ne peut être faite auprès de la Mutuelle que dans les six (6) mois suivants la rupture du contrat de travail, ou s'il y a lieu, dans les six (6) mois suivants le terme de la portabilité. Cette garantie prendra effet au lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail, ou de la cessation des garanties au titre de la portabilité.

Les tarifs applicables aux anciens salariés dans le cadre du maintien de garantie sont fixés conformément à la réglementation en vigueur.

Les tarifs du maintien de garanties « Loi Evin » :

- ne pourront être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs jusqu'au 31/12/N+1. A compter la deuxième année, ils évolueront dans les limites fixées par la réglementation,
- évolueront au 1er janvier de chaque année dans les mêmes proportions que l'évolution applicable aux tarifs des salariés actifs.

La Mutuelle respectera cette obligation de maintien tant que les conditions initiales d'octroi seront respectées (bénéfice d'un revenu de remplacement, d'une rente d'invalidité ou d'incapacité). Au-delà, les bénéficiaires de ce maintien cesseront d'en bénéficier, et pourront demander leur adhésion à une garantie individuelle auprès de la Mutuelle.

MAINTIEN DE COUVERTURE AU PROFIT DES AYANTS DROIT DU SALARIE DECEDE

La Mutuelle proposera au profit des personnes ayants droit du salarié décédé un maintien de couverture d'une durée de douze (12) mois, sous réserve que la demande de maintien soit présentée dans les six (6) mois suivant le décès. Cette garantie prendra effet au lendemain de la demande et au plus tôt au lendemain du décès. A l'issue de la période de maintien de douze (12) mois, les bénéficiaires pourront demander leur adhésion à une garantie individuelle auprès de la Mutuelle.

FIN DU MAINTIEN DES GARANTIES

Modalité de résiliation :

Le Membre participant peut résilier le maintien facultatif chaque année à l'échéance annuelle (31 décembre) en le signifiant, par lettre, par tout autre support durable ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, à la Mutuelle au moins deux (2) mois avant cette échéance (soit le 31 octobre au plus tard).

Le Membre participant peut résilier son contrat en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau du maintien.

La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un (1) mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande de résiliation.

Cessation des garanties :

Le maintien des garanties cesse :

- à la date d'effet de la résiliation, par la Mutuelle, de la couverture en cas de non-paiement de la cotisation correspondante par le Membre participant (voir paragraphe : « Défaut de paiement des cotisations par le Membre participant »),
- à la date d'effet de la résiliation de la couverture par le Membre participant ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat par l'Entreprise souscriptrice ou par la Mutuelle (sauf pour les maintiens de garanties « Loi Evin ») ;
- à la date du décès du Membre participant pour ses ayants droit. La cotisation due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès.

COTISATIONS

Les cotisations du régime sont exprimées en Euros. Elles tiennent compte des taxes en vigueur.

L'adhésion aux couvertures facultatives donnent lieu au versement d'une cotisation additionnelle à la cotisation principale. Celle-ci est entièrement à la charge du Membre participant.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel le Membre participant a été couvert par les garanties. Par dérogation, en cas de résiliation des couvertures facultatives en cours de mois, les cotisations sont dues au prorata du nombre de jours couverts. De même, en cas de décès du Membre participant ou de l'un de ses ayants droit, la cotisation due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès.

Les cotisations correspondant à la couverture obligatoire du Membre participant sont prélevées sur son salaire par l'employeur.

Les cotisations correspondant aux couvertures facultatives sont payées directement par le Membre participant auprès de la Mutuelle selon les modalités choisies sur le bulletin d'affiliation.

Défaut de paiement des cotisations par l'employeur :

A défaut de paiement de la cotisation, par l'employeur, dans les dix (10) jours de son échéance, la garantie peut être suspendue trente (30) jours après la mise en demeure de l'employeur.

A défaut de paiement au terme de ce délai de trente (30) jours, le Membre participant est informé si le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat. Si tel est le cas, le Membre participant a la possibilité de se substituer à l'employeur défaillant et de régler, à sa place, la cotisation.

A défaut de paiement, la Mutuelle a le droit de mettre fin au contrat dix (10) jours après le délai de trente (30) jours précité.

Le contrat non résilié ne reprendra ses effets qu'au lendemain midi du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension.

PRESTATIONS

OBJET

Les prestations sont décrites dans le tableau de garanties joint en annexe 1.

Les garanties "frais de santé" ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés par le Membre participant ou ses ayants droit pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire au titre des prestations en nature de l'Assurance Maladie.

Pour répondre aux exigences légales et réglementaires et permettre au Membre participant de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux liés à ce régime collectif de frais de santé, la garantie mise en œuvre est une garantie dite "responsable" (voir définition en annexe 4).

REGLES DE REMBOURSEMENT

Sauf cas particulier précisé en annexe dans le tableau de garanties, **l'absence de prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ne donne pas lieu au remboursement des soins de la part de la Mutuelle.**

Les prestations sont basées sur la valeur de la base de remboursement selon la réglementation de l'Assurance Maladie Obligatoire française en vigueur ou sur des montants forfaitaires indiqués dans le tableau de garanties, ou en pourcentage de la dépense engagée.

Dans le cas où les soins ont été engagés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoires française et qui figurent dans les nomenclatures des actes, produits et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire française (NGAP, CCAM, NABLM, LPP, GHS).

Sauf dispositions contraires prévues dans les tableaux de garanties, les prestations exprimées en forfait prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.

Le caractère responsable du régime institué dans l'Entreprise nécessite que les garanties s'adaptent aux évolutions législatives et réglementaires. La Mutuelle pourra en conséquence adapter les prestations en fonction de ces exigences.

DATE DES SOINS

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur le décompte de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ou sur la facture lorsqu'il n'y a pas de prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les demandes de paiement de prestations doivent être produites dans un délai de vingt-quatre (24) mois dont le point de départ est fixé ci-après :

- Soins ambulatoires : date des soins,
- Soins externes hospitaliers : date des soins,
- Soins dentaires : date des soins,
- Prothèses dentaires : date d'exécution,
- Actes en série (soins infirmiers, kiné, orthophoniste...) : date des derniers soins,
- Séjour : date d'entrée,
- Honoraires : date des soins,
- Lunettes et lentilles acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,
- Lentilles refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,
- Appareillage : date de facturation,
- Cure thermique : date de fin de cure,
- Pharmacie : date de facturation,
- Orthodontie : date des soins.

Le niveau de remboursement de chaque prestation est déterminé par la garantie souscrite.

La date des soins telle que définie ci-dessus permet de calculer l'atteinte éventuelle du plafond d'une prestation par la prise en considération des prestations payées dans l'année.

REGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour pouvoir bénéficier des prestations, l'employeur doit être à jour du paiement des cotisations et les droits du Membre participant doivent être ouverts.

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du Membre participant ou sur celui du bénéficiaire, de son choix.

Lorsqu'elle est prévue dans le tableau de garanties, la prime de naissance est versée uniquement au Membre participant.

Seuls les frais correspondants à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

Tout dépassement de tarif devra être justifié par la production d'une facture ou note d'honoraires.

La Mutuelle procèdera au paiement des prestations dans le délai maximal de dix (10) jours ouvrés à compter de la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au paiement. Ce délai s'entend hors délais bancaires.

CONDITION DE VERSEMENT DE LA PRIME DE NAISSANCE

Lorsque la garantie le prévoit, la naissance ou l'adoption d'un enfant ouvre droit au versement d'une prime dont le montant est mentionné dans le tableau de garanties. Le versement de la prime est conditionné par l'adhésion de l'enfant sur le contrat du Membre participant dans les trois (3) mois qui suivent sa naissance. Les naissances ou adoptions multiples donnent droit à autant de versements de primes que de naissances ou d'adoptions d'enfants. La prime de naissance est versée au Membre participant

RECOUVREMENT DES PRESTATIONS INDUES

La Mutuelle s'autorisera à recouvrer les sommes indument payées par tous moyens à sa convenance, y compris en faisant appel à des prestataires extérieurs spécialisés dans le recouvrement amiable ou judiciaire.

CONSULTATION DES PRESTATIONS

Le Membre participant peut consulter ses prestations sur l'extranet de la Mutuelle et s'abonner aux alertes mails en se connectant à partir des informations qui lui seront communiquées avec la carte de tiers payant.

TIERS PAYANT

Après adhésion, le Membre participant recevra les cartes de tiers payant sur lesquelles figureront les bénéficiaires inscrits.

Sur présentation de la carte de tiers payant, le Membre participant est dispensé d'avancer les frais à l'hôpital, à la pharmacie et chez tous les professionnels de santé conventionnés (opticiens, dentistes, laboratoires d'analyses, radiologues...).

Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire, le Membre participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

En cas de non-remboursement, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

Le Membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte de tiers payant pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ou plus ouverts.

SOINS NE BENEFICIAINT PAS DU TIERS PAYANT

Avec la carte Vitale, le Membre participant n'a aucune feuille de soins à transmettre. La Mutuelle gère tout en direct, en organisant des liaisons automatiques (NOEMIE) avec l'Assurance Maladie Obligatoire.

A défaut de liaison avec l'Assurance Maladie Obligatoire du Membre participant, ce dernier devra faire parvenir le décompte de Sécurité sociale à la Mutuelle.

Et pour certains remboursements, le Membre participant devra également fournir les pièces suivantes :

Nature des frais	Pièces justificatives
Dépassements d'honoraires	- relevé d'honoraires originaux acquittés
Chambre particulière ou frais de séjour de l'accompagnant	- originaux des factures acquittées
Forfait journalier hospitalier	- original de la facture acquittée
Soins hors nomenclature	- note d'honoraires du professionnel de santé codifiant les soins dispensés
Soins inscrits à la CCAM mais non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire	- note d'honoraires du professionnel de santé codifiant les soins dispensés
Optique hors prise en charge en tiers payant	- facture détaillée et acquittée
Prothèse dentaire	- facture des honoraires acquittée
Prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire prévues dans le tableau de garanties	- facture détaillée, datée et acquittée

D'autres justificatifs complémentaires pourront être exigés pour permettre la prise en charge des garanties.

GARANTIES EN INCLUSION

La Mutuelle peut accorder aux bénéficiaires du présent contrat des garanties supplémentaires conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité dans le cadre de tout contrat ou toute convention conclue auprès d'une autre Mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance. Ces garanties supplémentaires sont décrites au sein d'une notice d'information spécifique. Elles cessent le jour où la garantie frais de santé cesse de produire ses effets ou le jour où le contrat souscrit auprès de la Mutuelle est résilié.

Les garanties en inclusion figurent au tableau de garanties.

SERVICES SUPPLEMENTAIRES

La Mutuelle peut accorder aux bénéficiaires du présent contrat des services supplémentaires au titre de conventions spécifiques passées avec des prestataires extérieurs.

LIMITE DES REMBOURSEMENTS

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Membre participant (ou aux personnes inscrites sur la carte de tiers payant), après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la Mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le Membre participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

EXCLUSIONS

Sont exclues de la garantie, les demandes de remboursement de prestations liées aux événements suivants.

a) Exclusions relatives aux garanties responsables :

- La majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- La franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale, laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale,
- Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires mentionnés au III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration de ce document s'appliqueront immédiatement afin de conserver aux garanties leur caractère responsable.

b) Exclusions relatives aux garanties :

Les exclusions et les limites de garantie ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Au-delà de ces prestations minimums, la Mutuelle ne prend pas en charge :

- Les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, à l'exception de ceux expressément prévus dans les tableaux de garanties et dans la limite des montants exprimés.
- Ne donne droit à aucun remboursement les prestations exprimées en forfaits prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, dès lors que lesdits actes ont été engagés à l'étranger, à l'exception de ceux expressément prévus dans les tableaux de garanties et dans la limite des montants exprimés.
- Tous les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie,
- Les frais de traitements esthétiques ou de cosmétologie, les cures et traitements de rajeunissement et d'amaigrissement lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- Les frais d'hébergement :
 - en établissement gériatrique ou de long séjour,
 - pour les séjours en ateliers thérapeutiques,
 - en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psycho pédagogique et professionnels ;
 - pour les séjours en section de cures médicales
 - les frais de séjour (y compris la prise en charge des forfaits journaliers) en maison d'accueil spécialisée (MAS).

c) Exclusions lorsqu'une allocation obsèques est prévue dans le tableau de garanties :

Ne sont pas pris en charge les décès qui sont la conséquence :

d'un suicide volontaire durant la première année,
de la participation volontaire à des émeutes, mouvements populaires, rixes, paris et crimes,
des faits de guerre civile et étrangère,
de la désintégration du noyau atomique, cataclysme, tremblement de terre.

EXCLUSIONS DES GARANTIES FACULTATIVES

Peuvent être exclus du bénéfice des garanties facultatives (garanties optionnelles et/ou adhésion facultatives des ayants droit et/ou maintien individuel facultatif) les adhérents (Membre participant et ayant droit) qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle ou un préjudice dûment constaté et notamment en dissimulant ou falsifiant l'un des éléments indispensables aux conditions d'admission ou en utilisant leur carte de droit sans s'être acquittés de leurs obligations.

L'exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration conformément aux dispositions des statuts. Le Membre participant ou l'ayant droit exclu définitivement ne peut en aucun cas être réintégré sur les garanties facultatives.

La Mutuelle pourra procéder à la suspension immédiate des droits à prestations si cette mesure s'avère indispensable à la sauvegarde de ses intérêts avant le prononcé de l'exclusion et se réserve le droit de réclamer à l'intéressé exclu le remboursement des prestations indûment perçues.

Les garanties souscrites à titre obligatoire par l'employeur sont maintenues.

PRESCRIPTION

Conformément à l'article L221-11 du Code de la mutualité, toute action dérivant des opérations régies par le présent contrat est prescrite par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à dix (10) ans pour le risque décès lorsque le bénéficiaire en cas de décès est l'ayant droit du Membre participant décédé.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci visées aux articles 2240 et suivants du Code civil :
 - reconnaissance d'un droit par le bénéficiaire ou par la Mutuelle,
 - demande en justice, même en référé, ou porté devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
 - mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution,
 - acte d'exécution forcée,

- 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 ou d'un recommandé électronique avec avis de réception adressé(e) par la Mutuelle au souscripteur ou au Membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre participant ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement des prestations. L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L. 100 du Code des postes et communications électroniques.

Conformément aux dispositions de l'article L221-12-1 du Code de la mutualité, il est rappelé que les parties ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter de causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

CONTROLE

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

La Mutuelle se réserve également le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat.

Préalablement au contrôle, le bénéficiaire est prévenu des modalités des examens demandés par la Mutuelle.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

En cas de contrôle a posteriori (après versement des prestations), le Membre participant devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indues.

En cas de désaccord entre le bénéficiaire et la Mutuelle, les parties intéressées peuvent choisir un médecin expert. A défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le médecin est désigné par le Président du tribunal judiciaire territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. La Mutuelle et/ou le gestionnaire et le Membre participant supportent chacun pour moitié les frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la Mutuelle et le Membre participant.

SUBROGATION

Les accidents avec un tiers responsable devront être déclarés à la Mutuelle afin de lui permettre d'exercer son droit de subrogation et d'entamer tous les recours possibles.

Subrogation à l'égard des tiers :

La subrogation permet à la Mutuelle en cas d'accident du bénéficiaire, de récupérer les prestations versées auprès du tiers responsable ou de sa compagnie d'assurance.

Par accident, on entend toute atteinte corporelle provenant de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure, indépendante de la volonté. Il peut s'agir d'un accident sans tiers (sportif, scolaire) ou d'un accident causé par un tiers (accident de la circulation, agression, accident dans un magasin...).

La Mutuelle est subrogée de plein droit, dans l'action du Membre participant contre le tiers responsable, lorsque le Membre participant ou ses ayants droit sont victimes d'un accident.

La Mutuelle exerce ce recours subrogatoire dans la limite des dépenses qu'elle a engagées et pour la part qu'elle a indemnisée.

Afin de permettre à la Mutuelle d'exercer le cas échéant, ces droits et actions, le Membre participant doit tenir la Mutuelle informée de la survenance de l'accident.

Le Membre participant ou ses ayants droit doivent également tenir la Mutuelle informée de l'état et de l'évolution de leurs blessures, de leur consolidation, ainsi que de leurs intentions à l'égard du tiers ou de son assureur substitué.

Il en est de même de toute instance judiciaire, pénale ou civile, tant en ce qui concerne son engagement que son déroulement et son aboutissement.

Le Membre participant ou ses ayants droit doivent de même tenir la Mutuelle informée de tout projet de règlement amiable avec l'auteur de l'accident ou son assureur.

Subrogation à l'égard de l'Assurance Maladie Obligatoire :

L'adhésion à la Mutuelle entraîne subrogation de plein droit de celle-ci dans les droits et actions du Membre participant ou de ses ayants droit à l'égard de l'Assurance Maladie Obligatoire pour la part des prestations avancée par la Mutuelle et couverte par lesdits régimes obligatoires.

FAUSSES DECLARATIONS

Les déclarations faites, tant par l'employeur que par le Membre participant, servent de base à la garantie. La Mutuelle peut à tout moment, faire procéder à la vérification sur place de l'exactitude des documents produits par l'employeur ou par le Membre participant, tant à l'appui de son adhésion et du versement des cotisations, qu'à l'occasion de l'ouverture d'un droit à prestations, notamment par la consultation du registre du personnel et des écritures comptables.

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

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

A SAVOIR

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), le Membre participant reconnaît avoir été informé par la Mutuelle, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que les données à caractère personnel du Membre participant et le cas échéant de ses ayants droit peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat ; et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de Sécurité sociale) du Membre participant ou de ses ayants droit pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé ;
- la proposition de produits et services adaptés aux besoins du Membre participant et de ses ayants droit ;
- l'amélioration de la qualité du service et des produits l'évaluation ou l'anticipation des changements de situation des membres participants et l'amélioration de la relation client ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le Membre participant ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Le Membre participant reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel le concernant et concernant ses ayants droit sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

La Mutuelle est également légitime à utiliser les données à caractère personnel des membres participants et ayants droit obligatoires pour proposer des offres commerciales analogues en complément de la garantie initialement souscrite. Dans ce cas, les personnes concernées peuvent s'y opposer.

En dehors de ce cas, la prospection commerciale peut être réalisée sur la base du consentement des personnes concernées.

Les destinataires des données du Membre participant et de ses ayants droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de la Mutuelle ainsi que des tiers autorisés par la Mutuelle, et notamment ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs et les organismes professionnels habilités.

Cas spécifique du transfert entre acteurs du secteur de l'assurance :

En cas de résiliation du contrat d'assurance, la Mutuelle peut, sur demande de l'Entreprise, transférer l'ensemble des données personnelles des membres participants et des ayants droit couverts à titre obligatoires au nouvel assureur et nécessaires à la mise en gestion du contrat par le nouvel assureur (civilité, nom, prénom, adresse, mail, téléphone, date de naissance, numéro de Sécurité sociale, coordonnées bancaires pour le paiement des prestations, caisse du régime obligatoire).

Ce traitement de données à caractère personnel est effectué afin de permettre aux personnes concernées de bénéficier d'une continuité de couverture, et notamment permettre une continuité dans le versement des prestations. Il est nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance, dont notamment ses conditions de sortie, permettant au nouvel assureur de mettre immédiatement et sans rupture de la couverture la mise en exécution et en gestion de son nouveau contrat.

L'adhérent devra être informé au préalable par l'Entreprise de cette transmission de données.

La mise en œuvre de ce traitement devra répondre aux conditions et mesures de sécurité adaptées et définies préalablement entre les parties concernées par cette opération.

La Mutuelle s'engage à ce que les données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité physique et organisationnelle et de confidentialité des données traitées.

Le Membre participant est informé que la Mutuelle peut être amenée au travers de certains sous-traitants à transférer des données à caractère personnel vers un pays tiers en dehors de l'union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans ce cas, la Mutuelle met en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ces transferts et de répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

La Mutuelle est susceptible de traiter des données personnelles collectées par l'Entreprise. La Mutuelle est également susceptible de traiter des données personnelles de santé collectées indirectement par les professionnels de santé et transmises par les régimes obligatoires.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation ou pseudonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

Les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, puis le temps de la prescription légale en vigueur. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), les membres participants et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès aux données personnelles les concernant, d'un droit à la portabilité de ces données, d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement, ainsi que d'un droit à la détermination du sort post-mortem de ces données. Les membres participants et leurs ayants droit disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite. Le Membre participant et/ou ses ayants droit peu(ven)t également retirer leur consentement à recevoir de la prospection commerciale pour des services ou garanties non similaires à l'offre initialement proposée.

Ces droits peuvent être exercés à tout moment par le Membre participant et par ses ayants droit, sur simple demande, par l'un des moyens exposés ci-après.

Cette demande doit être accompagnée d'un motif légitime lorsque celui-ci est exigé par la loi.

La demande peut être exercée :

- par courrier papier à l'adresse suivante : AÉSIO mutuelle, Délégué à la protection des données, 173 Rue de Bercy 75012 PARIS
- par mail à l'adresse suivante : aesio.dpo@aesio.fr

Ces droits sont personnels, seule la personne concernée peut en faire la demande ou son représentant légal, ou en cas de décès ses héritiers légaux, sauf exceptions prévues par la loi.

Le Membre participant et ses ayants droit disposent du droit d'effectuer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés concernant le traitement de leurs données personnelles : www.cnil.fr ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Ils disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Worldline. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

FONDS D'ACTION SOCIALE

La Mutuelle dispose d'un fonds d'action sociale en faveur de ses adhérents dont elle assume la gestion. Il a pour vocation de venir en aide à ces derniers en cas de grandes difficultés.

Les bénéficiaires du fonds d'action sociale sont les membres participants et ayants droit.

Le budget du fonds social, et les orientations politiques qui justifient l'engagement des fonds disponibles, sont votés annuellement.

RECLAMATIONS - MEDIATION

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Une demande de service ou de prestation, d'information, ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation peut être formulée oralement :

- Par téléphone au numéro indiqué sur la carte de tiers-payant (appel non surtaxé)
- Auprès d'une agence : la liste de nos agences est disponible sur notre site aesio.fr

Lorsque la réclamation est formulée oralement, si le réclamant n'est pas satisfait de la réponse apportée, il doit alors formuler son insatisfaction au moyen d'un écrit (formulaire en agence, formulaire en ligne, courrier).

La réclamation peut aussi être directement formulée par écrit :

- En complétant le formulaire de réclamation disponible en agence
- Via le formulaire de contact de l'espace adhérent, accessible depuis notre site aesio.fr
- Par courrier : AÉSIO mutuelle – Service Réclamations – TSA 11390 - 53106 MAYENNE CEDEX

La Mutuelle dispose d'un délai de dix (10) jours maximum à compter de l'envoi de la réclamation écrite pour en accuser réception.

Une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de l'envoi de la réclamation écrite.

En cas de désaccord avec la réponse apportée par la Mutuelle ou en l'absence de réponse dans un délai de deux (2) mois, le réclamant peut avoir recours à la procédure gracieuse de médiation auprès du Médiateur de la Mutualité Française.

Il peut être saisi :

- Par courrier : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF, 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS cedex 15
- Via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <https://www.saisine.mediateur-mutualite.fr>.

Le Médiateur ne peut intervenir que :

- si le réclamant a préalablement formulé une réclamation écrite auprès de la Mutuelle
- si le réclamant effectue sa saisine dans le délai d'un (1) an après cette réclamation écrite

REALISATIONS MUTUALISTES

Le Membre participant et les ayants droit peuvent bénéficier des prestations et services proposés par les unions mutualistes auxquelles adhère la Mutuelle.

AUTORITE DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION

Conformément aux dispositions du Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sis 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

CONTACT MUTUELLE

Les coordonnées du centre de gestion sont mentionnées sur la carte de tiers payant du Membre participant.

ANNEXES

ANNEXE 1 : TABLEAUX DE GARANTIES

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires DPTM*	80% BR*	20% BR	100% BR	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.
- Médecins non signataires DPTM	80% BR	20% BR	100% BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Séjours				
- Frais de séjour	80% BR	Frais réels moins 80% BR	Frais réels	Dans les établissements conventionnés. Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de l'AMO.
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	
- Forfait patient urgences	---	Frais réels	Frais réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé.
				Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation.
Assistance en cas d'hospitalisation ou chirurgie ambulatoire	---	Aide à domicile, garde ou transfert des enfants ou des ascendants dépendants...		Se référer à la notice d'information assistance.
Assistance en cas de séjour prolongé en maternité, grossesse pathologique, naissance prématurée ou multiple	---	Aide à domicile, garde des autres enfants, conduite à l'école...		Se référer à la notice d'information assistance.
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
- Consultations et visites - Médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins signataires DPTM	70% BR	30% BR	100% BR	
- Médecins non signataires DPTM	70% BR	30% BR	100% BR	
- Sages-femmes	60% B.R. ou 70% BR	40% B.R. ou 30% BR	100% BR	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60% BR	40% BR	100% BR	
Autres honoraires				
- Psychologues adhérents au dispositif Mon soutien psy	60% BR	40% BR	100% BR	Dans la limite de 12 séances par année civile et par bénéficiaire.
Analyses et examens de laboratoire				
	60% BR	40% BR	100% BR	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires DPTM	70% BR	30% BR	100% BR	
- Médecins non signataires DPTM	70% BR	30% BR	100% BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires DPTM	70% BR	30% BR	100% BR	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires DPTM	70% BR	30% BR	100% BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65% BR	35% BR	100% BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% BR	---	30% BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% BR	---	15% BR	
Matériel médical				
- Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 ou 100% BR	40% B.R. ou Néant	100% BR	
Fauteuils roulants 100% santé (tels que définis réglementairement)				
- Fauteuils roulants : achat neuf et location longue durée	100% B.R.	Néant	100% B.R.	
- Fauteuils roulants en location courte durée	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Dans la limite du prix limite de vente.
Prothèses capillaires 100% santé (telles que définies réglementairement)				
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.				
- Prothèses capillaires Classe 1	60% B.R. ou 100% B.R.	40% B.R. ou Néant	100% B.R.	
- Prothèses capillaires Classe 2	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Dans la limite du prix limite de vente.
Prothèses capillaires hors 100% santé				
- Prothèses capillaires Classe 3	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	Dans la limite du prix limite de vente.
- Prothèses capillaires Classe 4	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Implants mammaires				
- Implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	Néant	100% B.R.	
Transport				
	55% BR	45% BR	100% BR	
Assistance en cas d'immobilisation	---	Livraison des médicaments		Se référer à la notice d'information assistance.
DENTAIRE				
Soins, actes et consultations	60% BR	40% BR	100% BR	Les soins dentaires sous sédation (MEOPA) pour les personnes en situation de handicap percevant une Prestation de Compensation du Handicap (PCH) sont pris en charge entièrement ou partiellement par le régime obligatoire.
Orthodontie remboursée par l'AMO	60 ou 100% BR	65 ou 25% BR	125% BR	
Soins et prothèses 100 % santé (tels que définis réglementairement)				
Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé.				
- Prothèses	60% BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.
Prothèses hors 100 % santé				
- Panier à honoraires maîtrisés (actes soumis à des honoraires limites de facturation)				
- Prothèses	60% BR	65% BR	125 % BR	
- Inlays onlays	60% BR	65% BR	125 % BR	
- Panier à honoraires libres				
- Prothèses	60% BR	65% BR	125 % BR	
- Inlays onlays	60% BR	65% BR	125 % BR	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
OPTIQUE				
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. Possibilité de combiner des équipements de Classe A et Classe B (verres classe A + monture classe B, et inversement).				
Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement - verres et/ou monture) Classe A				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.
- Monture	60% BR	Frais réels moins 60 % BR	Frais réels	
- Verres (tous types de correction)	60% BR	Frais réels moins 60 % BR	Frais réels	
- Prestations d'appareillage	60% BR	Frais réels moins 60 % BR	Frais réels	
Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.				
Équipements hors 100 % santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres				
- Monture	60% BR	40 € moins 60 % BR	40 €	Forfait par monture et par bénéficiaire.
- Verre simple, y compris verre neutre	60% BR	30 € moins 60 % BR	30 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre complexe	60% BR	80 € moins 60 % BR	80 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre très complexe	60% BR	80 € moins 60 % BR	80 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription		60% BR	40% BR	100% BR
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'AMO	60% BR	40% BR	100% BR	
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date.				
Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement) Classe I - Soumis à des prix limites de vente				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.
- Aides auditives	60% BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	
Appareillage auditif.				
Équipements hors 100 % santé Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% BR	40% BR	100% BR	Appareillage auditif. Âge apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction.
- Aides auditives plus de 20 ans	60% BR	40% BR	100% BR	Appareillage auditif. Âge apprécié à la date des soins.
Accessoires, entretien, piles, réparations, implants cochléaires		60% BR	40% BR	100% BR
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE				
Actes de prévention				
- Détartrage annuel complet, scellements des sillons, bilan du langage, dépistage de l'hépatite B, dépistages des troubles de l'audition, ostéodensitométrie, vaccins	OUI	OUI	OUI	Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge dans le cadre des contrats responsables.
Cures thermales				
- Honoraires médicaux, de surveillance, soins thermaux, transport et hébergement	65% BR	---	65% BR	
Forfait Vivre mieux - pathologies lourdes				
- Prothèses externes (capillaire, oculaire, mammaire) prises en charge par l'AMO, - Lingerie médicale adaptée post-opératoire - Chirurgie réparatrice et reconstruction pris en charge par l'AMO, symétrisation, dermopigmentation réparatrice / médical	---	500 €	500 €	Forfait valable jusqu'au 31/12 de la 3° année civile suivant le 1° achat, puis renouvelable par période de 4 ans au 1° janvier, par bénéficiaire dans la limite des dépenses engagées. Dans la limite de 200 % BR pour les actes/soins effectués par des médecins non signataires DPTM. 90 jours de carence à partir de l'adhésion. Sur présentation de la facture nominative détaillée acquittée.
Santé au travail				
- Mise en place d'actions collectives dans le cadre du programme de prévention (dépistage maladies cardio-vasculaires, prévention des risques psycho-sociaux ou des troubles musculo-squelettiques, alimentation...)	OUI	OUI	OUI	
SERVICES PLUS				
Assistance vie quotidienne	---	- Hospitalisation de l'enfant : garde ou transfert des autres enfants, venue d'un proche pour garder les enfants. - Aidants familiaux : soutien psychologique et accompagnement social. - Aide à l'organisation des obsèques...		Se référer à la notice d'information assistance.
Consultation médicale à distance 24h/24 et 7j/7 avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)	---	Proposition d'un avis, d'un conseil, voire d'un diagnostic accompagné d'une ordonnance électronique lorsque la situation le permet.		Accès depuis votre espace adhérent sur aesio.fr, Service 100% confidentiel et sécurisé
Prévaésio Le service de prévention d'AÉSIO mutuelle	---	OUI		Accès depuis votre espace adhérent : actions à distance ou en présentiel, dispositif dédié au cancer...
Deuxième avis médical	---	Obtenir, rapidement et en toute confidentialité, un 2° avis d'un médecin spécialisé dans votre pathologie.		Accès depuis votre espace adhérent sur aesio.fr Service 100 % confidentiel et sécurisé.
Accès au Fonds de Solidarité AÉSIO mutuelle	---	Soutien dans le financement de soins et prestations de santé en cas de difficultés.		Contactez la mutuelle.

*AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie) / SMR : Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.

• Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.

• La Mutuelle se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires pour verser certaines prestations.

• En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).

• Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS	
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	OPTION 1	TOTAL		
HOSPITALISATION						
Honoraires, actes et soins					Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.	
- Médecins signataires DPTM*	80% BR*	20% BR	100% BR	200% BR		
- Médecins non signataires DPTM	80% BR	20% BR		100% BR		
Participation du patient	---	Frais réels		Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.	
Séjours						
- Frais de séjour	80% BR	Frais réels moins 80% BR		Frais réels	Dans les établissements conventionnés. Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de l'AMO.	
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels		Frais réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé.	
- Forfait patient urgences	---	Frais réels		Frais réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation.	
- Chambre particulière avec nuitée					Hors ambulatoire.	
· Médecine, Chirurgie, Maternité	---	---	20 € / jour	20 € / jour	Dans la limite des tarifs signés par convention.	
· Psychiatrie	---				Durée illimitée en Chirurgie, Maternité, Médecine.	
· Maisons d'enfant à caractère sanitaire	---				Durée limitée à :	
· Soins Médicaux et de Réadaptation	---				- 60 jours par année civile en Psychiatrie, - 90 jours en Soins Médicaux et de Réadaptation (Convalescence, Rééducation...).	
Assistance en cas d'hospitalisation ou chirurgie ambulatoire	---	Aide à domicile, garde ou transfert des enfants ou des ascendants dépendants...			Se référer à la notice d'information assistance.	
Assistance en cas de séjour prolongé en maternité, grossesse pathologique, naissance prématurée ou multiple	---	Aide à domicile, garde des autres enfants, conduite à l'école...			Se référer à la notice d'information assistance.	
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux						
- Consultations et visites - Médecins généralistes et spécialistes						
· Médecins signataires DPTM	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR		
· Médecins non signataires DPTM	70% BR	30% BR		100% BR		
- Sages-femmes	60% B.R. ou 70% BR	40% B.R. ou 30% BR	100% BR	200% BR		
Honoraires paramédicaux						
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60% BR	40% BR	50% BR	150% BR		
Autres honoraires						
- Psychologues adhérents au dispositif Mon soutien psy	60% BR	40% BR		100% BR	Dans la limite de 12 séances par année civile et par bénéficiaire.	
Analyses et examens de laboratoire	60% BR	40% BR		100% BR		
Actes d'imagerie						
- Médecins signataires DPTM	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR		
- Médecins non signataires DPTM	70% BR	30% BR		100% BR		
Actes techniques médicaux et de chirurgie						
- Médecins signataires DPTM	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.	
- Médecins non signataires DPTM	70% BR	30% BR		100% BR		
Participation du patient	---	Frais réels		Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.	
Médicaments						
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65% BR	35% BR		100% BR		
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% BR	---		30% BR		
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% BR	---		15% BR		
Matériel médical						
- Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 ou 100% BR	40% B.R. ou Néant	50% BR	150% BR		
Fauteuils roulants 100% santé (tels que définis règlementairement)						
- Fauteuils roulants : achat neuf et location longue durée	100% B.R.	Néant	-	100% B.R.		
- Fauteuils roulants en location courte durée	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	-	Frais Réels	Dans la limite du prix limite de vente.	
Prothèses capillaires 100% santé (telles que définies règlementairement)						
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.						
- Prothèses capillaires Classe 1	60% B.R. ou 100% B.R.	40% B.R. ou Néant	-	100% B.R.		
- Prothèses capillaires Classe 2	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	-	Frais Réels	Dans la limite du prix limite de vente.	
Prothèses capillaires hors 100% santé						
- Prothèses capillaires Classe 3	60% B.R.	40% B.R.	50% BR	150% B.R.	Dans la limite du prix limite de vente.	
- Prothèses capillaires Classe 4	60% B.R.	40% B.R.	50% BR	150% B.R.		
Implants mammaires						
- Implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	-	50% BR	150% B.R.		
Transport	55% BR	45% BR		100% BR		
Assistance en cas d'immobilisation	---	Livraison des médicaments			Se référer à la notice d'information assistance.	
DENTAIRE						
Soins, actes et consultations	60% BR	40% BR		100% BR	Les soins dentaires sous sédation (MEOPA) pour les personnes en situation de handicap percevant une Prestation de Compensation du Handicap (PCH) sont pris en charge entièrement ou partiellement par le régime obligatoire.	
Orthodontie remboursée par l'AMO	60 ou 100% BR	65 ou 25% BR	50% BR	175% BR		
Soins et prothèses 100 % santé (tels que définis règlementairement)						
Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé.						
- Prothèses	60% BR	Frais réels moins 60% BR		Frais réels	Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.	
Prothèses hors 100 % santé						
- Panier à honoraires maîtrisés (actes soumis à des honoraires limites de facturation)						
· Prothèses	60% BR	65% BR	50% BR	175% BR		
· Inlays onlays	60% BR	65% BR	50 % BR	175% BR		
- Panier à honoraires libres						
· Prothèses	60% BR	65% BR	50% BR	175% BR		
· Inlays onlays	60% BR	65% BR	50% BR	175% BR		

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	OPTION 1	TOTAL	
DENTAIRE					
Actes non remboursés par l'AMO					
- Prothèses	---	---	150 €	150 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Parodontologie	---				
- Implantologie	---				
- Orthodontie	---				
OPTIQUE					
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale).					Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. Possibilité de combiner des équipements de Classe A et Classe B (verres classe A + monture classe B, et inversement).					
Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement - verres et/ou monture) Classe A					
- Monture	60% BR	Frais réels moins 60% BR		Frais réels	
- Verres (tous types de correction)	60% BR	Frais réels moins 60% BR		Frais réels	
- Prestations d'appareillage	60% BR	Frais réels moins 60% BR		Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
Équipements hors 100 % santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres					
- Monture	60% BR	40 € moins 60% BR	50 €	90 €	Forfait par monture et par bénéficiaire.
- Verre simple, y compris verre neutre	60% BR	30 € moins 60% BR	25 €	55 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre complexe	60% BR	80 € moins 60% BR	75 €	155 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre très complexe	60% BR	80 € moins 60% BR	75 €	155 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription	60% BR	40% BR		100% BR	
Lentilles					
- Lentilles remboursées par l'AMO	60% BR	40% BR		100% BR	
- Forfait lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	---	---	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Y compris produits d'entretien.
AIDES AUDITIVES					
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date.					
Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement) Classe I - Soumis à des prix limites de vente					Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.
- Aides auditives	60 % BR	Frais réels moins 60 % BR		Frais réels	Appareillage auditif.
Équipements hors 100 % santé Classe II - Tarifs libres					
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% BR	40% BR	50 €	100% BR + 50 €	Appareillage auditif. Forfait par oreille et par bénéficiaire. Âge apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction.
- Aides auditives plus de 20 ans	60% BR	40% BR	100 €	100% BR + 100 €	Appareillage auditif. Forfait par oreille et par bénéficiaire. Âge apprécié à la date des soins.
Accessoires, entretien, piles, réparations, implants cochléaires	60% BR	40% BR		100% BR	
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE					
Pharmacie non remboursée par l'AMO					
- Sur prescription médicale : médicaments, homéopathie, contraception, vaccins et médicaments du voyageur, arrêt des dépendances (tabac, alcool, drogues)	---	---	20 €	20 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire sur présentation de la facture nominative acquittée de la pharmacie, et d'une prescription médicale pour les médicaments, homéopathie, contraception, médicaments du voyageur, arrêt des dépendances (tabac, alcool, drogues) prescrits.
- Médicaments non prescrits					
Médecines complémentaires					
- Acupuncteurs, auriculothérapeutes, biokinergies, chiropracteurs, cryothérapie prescrite, diététiciens, nutritionnistes, ergothérapeutes, étioopathes, homéopathes, hypnothérapeutes, mésothérapie, microkinésithérapie, méthode Mézière, ostéopathes, pédicures-podologues, phytothérapeutes, psychologues, psychothérapeutes, psychomotriciens, sexologues et sophrologues.	---	---	20 € 10 € / séance	20 € 10 € / séance	Forfait par année civile et bénéficiaire sur présentation de la facture nominative acquittée précisant le numéro ADELI (aussi appelé numéro d'Agrément) ou RPPS ou le diplôme dans la spécialité. Limité à deux séances par année civile.
Actes de prévention					
- Détartrage annuel complet, scellements des sillons, bilan du langage, dépistage de l'hépatite B, dépistages des troubles de l'audition, ostéodensitométrie, vaccins	OUI	OUI		OUI	Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge dans le cadre des contrats responsables.
Cures thermales					
- Honoraires médicaux, de surveillance, soins thermaux, transport et hébergement	65% BR	---		65% BR	
- Forfait hébergement	---	---	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Forfait Vivre mieux - pathologies lourdes					
- Prothèses externes (capillaire, oculaire, mammaire) prises en charge par l'AMO, - Lingerie médicale adaptée post-opératoire - Chirurgie réparatrice et reconstruction pris en charge par l'AMO, symétrisation, dermopigmentation réparatrice / médical	---	500 €		500 €	Forfait valable jusqu'au 31/12 de la 3 ^e année civile suivant le 1 ^{er} achat, puis renouvelable par période de 4 ans au 1 ^{er} janvier, par bénéficiaire dans la limite des dépenses engagées. Dans la limite de 200 % BR pour les actes/soins effectués par des médecins non signataires DPTM. 90 jours de carence à partir de l'adhésion. Sur présentation de la facture nominative détaillée acquittée.
Santé au travail					
- Mise en place d'actions collectives dans le cadre du programme de prévention (dépistage maladies cardio-vasculaires, prévention des risques psycho-sociaux ou des troubles musculo-squelettiques, alimentation...)	OUI	OUI		OUI	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	OPTION 1	TOTAL	
SERVICES PLUS					
Assistance vie quotidienne	---	- Hospitalisation de l'enfant : garde ou transfert des autres enfants, venue d'un proche pour garder les enfants. - Aidants familiaux : soutien psychologique et accompagnement social. - Aide à l'organisation des obsèques...			Se référer à la notice d'information assistance.
Consultation médicale à distance 24h/24 et 7j/7 avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)	---	Proposition d'un avis, d'un conseil, voire d'un diagnostic accompagné d'une ordonnance électronique lorsque la situation le permet.			Accès depuis votre espace adhérent sur aesio.fr, Service 100% confidentiel et sécurisé
Prévaésio Le service de prévention d'AÉSIO mutuelle	---	OUI			Accès depuis votre espace adhérent : actions à distance ou en présentiel, dispositif dédié au cancer...
Deuxième avis médical	---	Obtenir, rapidement et en toute confidentialité, un 2 ^e avis d'un médecin spécialisé dans votre pathologie.			Accès depuis votre espace adhérent sur aesio.fr Service 100 % confidentiel et sécurisé.
Accès au Fonds de Solidarité AÉSIO mutuelle	---	Soutien dans le financement de soins et prestations de santé en cas de difficultés.			Contactez la mutuelle.

*AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie) / SMR : Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- La Mutuelle se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires pour verser certaines prestations.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'ALD, par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

ANNEXE 2 : NOTE D'INFORMATION PORTABILITÉ : GARANTIES FRAIS DE SANTE

En application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, la présente annexe définit les modalités de maintien de garantie applicables aux bénéficiaires de la portabilité :

QUI PEUT BÉNÉFICIER DE LA PORTABILITÉ ?

Le maintien des garanties frais de santé souscrites par votre entreprise :

- vous est accordé en cas de rupture ou de cessation de votre contrat de travail, **sauf en cas de rupture pour faute lourde**, notamment dans les cas suivants :
 - licenciement à titre individuel ou pour motif économique,
 - rupture conventionnelle,
 - fin de contrat à durée déterminée,
 - démission pour motif légitime,
 - rupture du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - rupture de la période d'essai à l'initiative de l'employeur.
- est accordé à vos ayants droit effectivement couverts par les garanties du régime de votre entreprise à la date de cessation de votre contrat de travail.

QUELLES SONT LES CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS À PORTABILITÉ ?

Les droits à maintien des garanties sont examinés au jour de la cessation de votre contrat de travail. Les droits sont ouverts sous réserve du respect des conditions cumulatives suivantes :

- la rupture de votre contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par l'assurance chômage,
- vos droits à garantie au titre du contrat frais de santé souscrit par l'entreprise, doivent avoir été ouverts avant la date de rupture ou de cessation de votre contrat de travail.

À QUELLE DATE PREND EFFET LA PORTABILITÉ ?

Le maintien des droits prend effet au lendemain de la date de cessation de votre contrat de travail sous réserve des éléments suivants :

- vous avez fourni à la Mutuelle le justificatif de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage (votre droit à maintien ne pourra être enregistré qu'après remise de ce document. La remise du justificatif entraîne la prise d'effet de vos droits de manière rétroactive au lendemain de la date de cessation de votre contrat de travail).
- l'absence d'évolution de votre situation personnelle qui pourrait entraîner la cessation du maintien des garanties (exemple : reprise d'une activité salariée).

QUEL EST LE NIVEAU DE GARANTIES MAINTENU ?

Les garanties maintenues sont identiques à celles dont vous bénéficiez auparavant en tant que salarié (actifs) pour la catégorie de personnel à laquelle vous apparteniez.

En cas de modification du contrat des salariés (actifs), les modifications de garanties vous sont appliquées ainsi qu'à vos ayants droit s'il y a lieu.

QUELLE EST LA DURÉE DU MAINTIEN DE VOS DROITS ?

Vous et vos ayants droit, conservez le bénéfice de vos garanties pendant une durée égale à celle de votre dernier contrat de travail (ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur), prise en compte en mois entier (arrondi le cas échéant au nombre supérieur), **et pour une durée maximale ne pouvant excéder douze (12) mois.**

Toute suspension de vos allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des droits.

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE MAINTIEN ?

- l'ouverture de vos droits est conditionnée à la fourniture du justificatif de prise en charge par l'assurance chômage ;
- vous devez déclarer à la Mutuelle dans les plus brefs délais tout événement entraînant la cessation de vos droits à portabilité (« voir quelles sont les conditions de cessation du maintien ? ») ;
- la Mutuelle peut vous demander à tout moment de justifier que vous continuez de remplir les conditions requises pour bénéficier du maintien. A ce titre vous devrez adresser à la Mutuelle un nouveau justificatif de prise en charge ou d'indemnisation par l'assurance chômage.

En cas d'absence d'envoi du justificatif, la Mutuelle se réserve le droit de suspendre le versement des prestations jusqu'à production de celui-ci.

En cas de constatation d'absence ou de perte de la qualité d'allocataire de l'assurance chômage, la Mutuelle sera fondée à refuser le versement de la prestation demandée ou à en demander le remboursement si des prestations ont déjà été versées.

En cas de fausse déclaration intentionnelle de votre part, la garantie que nous accordons est nulle.

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE CESSATION DU MAINTIEN ?

Le maintien des garanties frais de santé cesse :

- à la date de cessation de vos droits ou du versement de votre indemnisation par l'assurance chômage,
- à la date de reprise d'une activité professionnelle,
- à la date de liquidation de votre retraite par la Sécurité sociale,
- à l'issue de la durée maximale de vos droits à maintien et ce dans la limite de douze (12) mois,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat souscrit par votre ancien employeur,
- en cas de décès.

Seuls les soins dont la date est antérieure à la date d'effet de la cessation du maintien de garantie pourront être pris en charge.

QUELLES SONT LES MODALITÉS DE FINANCEMENT ?

Le maintien de vos garanties frais de santé est assuré sans contrepartie de cotisation pour vous et vos éventuels ayants droit.

QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DE VOTRE ANCIEN EMPLOYEUR ?

Au moment de la rupture ou de la cessation de votre contrat de travail, votre employeur est tenu :

- de vous informer de vos droits à portabilité dans votre certificat de travail,
- de vous remettre la note d'information portabilité,
- d'informer la Mutuelle dans les plus brefs délais de la cessation de votre contrat de travail déclenchant le maintien.

QUELS SONT MES DROITS AU TERME DE LA PORTABILITÉ ?

Au terme du maintien de vos droits au titre de la portabilité, si vous ouvrez encore droit à l'indemnisation chômage, la Mutuelle vous proposera un maintien de garantie au titre de l'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989. Vous aurez six (6) mois pour accepter ce maintien.

ANNEXE 3 : ASSISTANCE A DOMICILE

NOTICE D'INFORMATION

ASSISTANCE SANTÉ SOCLE COMMUN

05 49 76 98 20

PRÉAMBULE

La convention d'assistance présentée ci-après propose des garanties d'assistance à domicile aux adhérents ayant un contrat « Assistance santé » souscrit par l'adhérent auprès d'AÉSIO mutuelle.



Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, ci-après dénommée IMA, société anonyme au capital de 157 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT Cedex 09, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	2
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3
GARANTIES D'ASSISTANCE À DOMICILE	4
GARANTIES D'ASSISTANCE EN DÉPLACEMENT	11
GARANTIES D'ASSISTANCE AIDE AUX AIDANTS.....	12
ANNEXE	16
CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES D'ASSISTANCE	18
DÉFINITIONS	22

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

IMA intervient 24h/24 à la suite d'appels, SMS ou courriers électroniques émanant des bénéficiaires aux numéros et adresse électronique suivants :

Contact par téléphone : 05 49 76 98 20

Contact par email : das@ima.eu

Contact par SMS : 07 55 52 19 47
(ce numéro est réservé aux personnes sourdes et malentendantes)

Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France Métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

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

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

Les garanties décès s'appliquent pour tout décès survenu en France.

Les garanties déplacement sont accordées pour tout déplacement à but touristique ou professionnel d'une durée inférieure à 90 jours en France à plus de 50 km du domicile.

Pièces justificatives

La mise en œuvre des garanties « aide aux aidants » est soumise à la transmission :

- d'un justificatif de perte d'autonomie de l'aidé,
- d'un nouveau justificatif de perte d'autonomie de l'aidé en cas d'aggravation de la situation,
- d'un certificat médical en cas de besoin de répit de l'aidant,
- d'un bulletin d'hospitalisation ou d'un certificat médical en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de l'aidant.

GARANTIES D'ASSISTANCE À DOMICILE

1. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES D'ASSISTANCE À DOMICILE

1.1. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'Assistance à domicile s'appliquent en cas :

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
- d'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée ou une immobilisation programmée,
- de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit et entraînant une immobilisation au domicile,
- de naissance ou d'adoption,
- de séjour prolongé à la maternité,
- de grossesse pathologique avec alitement,
- de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, curiethérapie, immunothérapie ou hormonothérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation,
- de décès,
- d'évènement traumatisant,
- en cas de situation de crise en entreprise,

dans les conditions spécifiées à chaque article et dans la limite d'une seule garantie par évènement.

1.2. INTERVENTION

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 4.2, 4.3, 5, 6, 7.2, 9 et 10 doit être exercée au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'immobilisation au domicile, la sortie d'une hospitalisation ou de la maternité, le décès. Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour la garantie Aide à domicile prévue aux articles 4.1 et 16.1 et pour la garantie auxiliaire de vie prévue aux articles 15.3 et 17.2, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'immobilisation au domicile, de la sortie d'une hospitalisation ou du

décès. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement.

Illustration : en cas d'appel le 10^e jour, la garantie est alors plafonnée à 5 jours.

En cas de séjour dans un centre de convalescence, le calcul des jours restants prendra en compte la date de sortie de l'hospitalisation et non la date de sortie du centre, les séjours dans ces structures n'étant pas considérés comme des hospitalisations.

Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué peut donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

Les séjours dans des centres de convalescence ne sont pas considérés comme des hospitalisations. En effet, l'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA, se trouvant atténuée en cas de séjour dans ces structures du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire.

En cas de maladie entraînant une hospitalisation programmée, la mise en œuvre des garanties d'assistance est limitée à 2 interventions par bénéficiaire sur 12 mois.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle. **IMA ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative.** Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA apprécie leur prise en charge, sur justificatifs.

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

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

IMA ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.

2. GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION

2.1. CONSEIL SOCIAL

IMA organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois avec un travailleur social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le travailleur social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

2.2. INFORMATIONS JURIDIQUES

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

2.3. CONSEIL MÉDICAL

Une équipe médicale communique, dans les 48 heures, des informations et conseils médicaux sur les thèmes suivants : pré-hospitalisation, post-hospitalisation, grossesse (examens à effectuer, médicaments proscrits), nourrisson (alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations), troubles du sommeil, gestion du stress, conseil dépistage cancer, médicaments, vaccins, risques médicaux...

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

2.4. MISE EN RELATION AVEC UN PRESTATAIRE

À la demande de l'adhérent, IMA peut lui transmettre les coordonnées d'un prestataire de service à domicile.

2.5. SITE INTERNET IMA S@NTÉ

IMA met à disposition de l'adhérent un site Internet accessible à partir de l'espace adhérent d'AÉSIO mutuelle avec un accès sécurisé et illimité 24h/24 et 7j/7.

Le site propose :

- une information générale sur les garanties d'assistance,
- la possibilité de réaliser une demande d'assistance en ligne,
- des conseils prévention et santé,
- l'accès à des professionnels de santé, avec la prise de rendez-vous en ligne.

3. ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT

3.1. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'événements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires (décès d'un proche, accident, maladie, handicap, difficultés professionnelles, risques psycho-sociaux, difficultés scolaires, conduite à risque...).

IMA organise et prend en charge selon la situation jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face-à-face avec un psychologue clinicien.

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

3.2. GESTION DE CRISE SUR SITE

En cas d'événements traumatisants au sein de l'entreprise adhérente tels que agression d'un salarié, suicide d'un salarié, accident sur le lieu de travail... et à la demande de cette dernière.

IMA organise et prend en charge la venue d'un psychologue clinicien sur site.

La garantie est limitée à une intervention d'une journée (6 heures consécutives) par semaine pendant les 3 semaines suivant l'événement.

4. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION, D'IMMOBILISATION AU DOMICILE, DE MATERNITÉ, DE DÉCÈS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou une immobilisation programmée de plus de 10 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire de l'adhérent ou de son conjoint entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

En cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours.

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint.

Les séjours en centre de convalescence ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

4.1. AIDE À DOMICILE

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

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne peut excéder 6 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 15 jours. Cette garantie est mise en œuvre du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Cette garantie est également applicable en cas de grossesse pathologique avec allitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou à la naissance d'un enfant grand prématuré (entre le début de la 25^e semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32^e semaine d'aménorrhée révolue) ou en cas de naissance multiple, alors le nombre d'heures attribué ne pourra excéder 12 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours.

4.2. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

IMA organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux domestiques vivant au domicile, chez un proche ou dans une pension animalière, pendant 30 jours maximum et dans la limite de 300 €.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

4.3. SERVICES DE PROXIMITÉ

IMA organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 15 jours :

Coiffure à domicile

Le déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'adhérent ou son conjoint, a besoin de soins de coiffure. La prise en charge est limitée à un seul déplacement par événement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent.

Pédicure à domicile

Le déplacement d'un pédicure lorsque l'adhérent ou son conjoint, a besoin de soins de pédicure à domicile. La prise en charge est limitée à un seul déplacement par événement.

Le prix de la prestation du pédicure demeure à la charge de l'adhérent.

Portage de repas

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

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

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

Livraison de courses

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

Portage d'espèces

- Le transport aller-retour dans un établissement bancaire proche du domicile,
- le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €, lorsque l'adhérent ou son conjoint ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer. La garantie est limitée à 1 fois par événement. La somme avancée devra être remboursée à IMA dans un délai de 30 jours.

5. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 15 jours :

Livraison de médicaments

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

Accompagnement aux courses

La venue d'un prestataire, afin d'aider l'adhérent ou son conjoint à effectuer les courses de proximité à raison de 2 heures maximum par intervention, dans un rayon de 50 km du domicile. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent. Si l'accompagnement aux courses est effectué avec le véhicule du prestataire, les frais kilométriques sont également à sa charge.

6. GARANTIES FAMILLE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 24 heures de l'enfant.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou une immobilisation programmée de plus de 10 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou une immobilisation programmée au domicile de plus de 24 heures de l'enfant.

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

En cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours ou en cas de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou à la naissance d'un enfant grand prématuré (entre le début de la 25^e semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32^e semaine d'aménorrhée révolue) ou en cas de naissance multiple.

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint.

Les séjours en centre de convalescence ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

6.1. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

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

Le déplacement d'un proche

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

Le transfert des enfants

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

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants

La garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne peut excéder 8 heures par jour ouvrable sur 5 jours consécutifs.

6.2. CONDUITE A L'ÉCOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours par semaine répartis sur une période de 4 semaines. Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

Cette garantie est également applicable en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 4 jours de la garde salariée habituelle des enfants ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

6.3. PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

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

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour en France d'un proche pour garder les ascendants au domicile.

Le transfert des ascendants chez un proche

Le voyage aller-retour en France des ascendants, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

La garde des ascendants

La garde des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne peut excéder 8 heures par jour ouvrable sur 5 jours consécutifs.

La garantie « garde des ascendants » peut également être mise en œuvre en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 4 jours ou d'immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue de plus de 16 jours d'un enfant.

6.4. SOUTIEN SCOLAIRE À DOMICILE (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

Dès lors que l'enfant n'est pas en état de suivre sa scolarité, IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile. Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 10 heures maximum par semaine.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours.

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 4 jours de la garde salariée habituelle des enfants ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

Les séjours en centre de convalescence ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

6.5. REMPLAÇANTE DE GARDE D'ENFANTS

IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne peut excéder 8 heures par jour ouvrable sur 5 jours consécutifs.

7. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS DE MATERNITÉ

7.1. INFORMATIONS MÉDICALES NAISSANCE

Pendant la grossesse et à la naissance de l'enfant (adoption comprise).

Une équipe médicale communique, dans les 48 heures, des informations et conseils médicaux sur les thèmes suivants : grossesse, examens à effectuer, médicaments proscrits, alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations... Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant. En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence. La garantie doit être exécutée avant les 6 mois de l'enfant.

7.2. ACQUISITION DES GESTES PREMIER ENFANT

En cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours, IMA organise et prend en charge l'envoi d'un intervenant qualifié au domicile pour faciliter l'acquisition des gestes liés à la maternité. Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne peut excéder 4 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 15 jours suivant le retour au domicile.

8. GARANTIES LIÉES À UNE PATHOLOGIE NÉCESSITANT UN TRAITEMENT PAR CHIMIOTHÉRAPIE OU RADIOTHÉRAPIE

En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, curiethérapie, immunothérapie ou hormonothérapie de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant ou en cas d'aggravation d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie,

radiothérapie, curiethérapie, immunothérapie ou hormonothérapie entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant.

IMA organise et prend en charge les garanties ci-dessous à utiliser sur une période de 12 mois à compter de la survenance de l'évènement.

Dans l'attente de la réception du certificat médical, adressé de manière confidentielle aux médecins d'IMA, des mesures conservatoires d'aide à domicile peuvent être mises en œuvre à concurrence de 6 heures sur une semaine. Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation.

8.1. ENVELOPPE DE SERVICES

IMA met à la disposition du bénéficiaire une enveloppe de services limitée à 600 €.

Il ne sera accordé qu'une seule enveloppe, quel que soit le nombre de pathologie, sur une même période de 12 mois à compter de la date de la première demande. Le décompte sera effectué au fur et à mesure des besoins. Aucune modification ne sera faite dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties et que celles-ci auront débuté.

9. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS DE HANDICAP

9.1. ACQUISITION DES GESTES PREMIER ENFANT

En cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours de l'adhérent (ou du conjoint) handicapé visuel.

IMA organise et prend en charge l'envoi d'un intervenant qualifié au domicile pour faciliter l'acquisition des gestes liés à la maternité. Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne peut excéder 8 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 30 jours suivant le retour au domicile.

9.2. PROFESSEUR DE LOCOMOTION

En cas de déménagement ou de changement d'emploi de l'adhérent (ou de son conjoint) handicapé visuel, nécessitant l'apprentissage du nouvel environnement ou en cas d'indisponibilité du chien guide de l'adhérent (ou de celui du conjoint) handicapé visuel pour une durée prévisible de 30 jours minimum.

IMA organise la venue d'un professeur de locomotion et prend en charge le coût de cette garantie à concurrence de 8 heures dans les 30 jours qui suivent le déménagement, le changement d'emploi ou l'indisponibilité du chien guide. Un préavis de 15 jours maximum est requis pour la venue d'un intervenant qualifié en locomotion.

9.3. PRISE EN CHARGE DU CHIEN GUIDE OU DU CHIEN D'ASSISTANCE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent (ou de son conjoint) handicapé visuel ou moteur, maître d'un chien guide ou d'un chien d'assistance ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 2 jours de l'adhérent (ou de son conjoint) handicapé visuel ou moteur, maître d'un chien guide ou d'un chien d'assistance.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent (ou de son conjoint) handicapé visuel ou moteur, maître d'un chien guide ou d'un chien d'assistance ou une immobilisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent (ou de son conjoint) handicapé visuel ou moteur, maître d'un chien guide ou d'un chien d'assistance.

En cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours de l'adhérent (ou de son conjoint) handicapé visuel ou moteur, maître d'un chien guide ou d'un chien d'assistance.

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire de l'adhérent (ou de son conjoint) handicapé visuel ou moteur, maître d'un chien guide ou d'un chien d'assistance et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

En cas de décès de l'adhérent (ou de son conjoint) handicapé visuel ou moteur, maître d'un chien guide ou d'un chien d'assistance lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile.

Les séjours en centre de convalescence ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

IMA organise et prend en charge le transfert du chien guide ou du chien d'assistance vers l'école de dressage propriétaire du chien, ainsi que sa garde, à concurrence de 30 jours et dans la limite de 300 €.

9.4. AIDE AUX DÉMARCHES ADMINISTRATIVES

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de la personne habituellement en charge des démarches administratives pour le compte de l'adhérent (ou du conjoint) handicapé visuel ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 2 jours de la personne habituellement en charge des démarches administratives pour le compte de l'adhérent (ou du conjoint) handicapé visuel.

Les séjours en centre de convalescence ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

IMA organise et prend en charge, dès le 1^{er} jour de l'évènement, la venue d'une aide qualifiée au domicile de l'adhérent, à concurrence de 8 heures, dans la limite de 30 jours, à compter de la date d'hospitalisation ou d'immobilisation.

9.5. ACCOMPAGNEMENT DE L'ADHÉRENT HANDICAPÉ MOTEUR POUR UN EXAMEN MÉDICAL

En cas d'hospitalisation supérieure à 24 heures ou d'immobilisation supérieure à 2 jours, et si impossibilité pour l'adhérent se déplaçant en fauteuil roulant, de se rendre seul sur son lieu d'examen à l'hôpital ou dans un cabinet

de radiographie pour la réalisation de radiographies, scanners, IRM ou tout autre examen médical et aucun proche ne peut l'accompagner et le lieu d'examen se situe à moins de 50 km du domicile et l'adhérent doit être déplacé, soulevé, manipulé au cours de l'examen.

Les séjours en centre de convalescence ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

IMA organise et prend en charge jusqu'à 2 transports aller-retour de l'adhérent du domicile vers son lieu d'examen par le moyen le plus adapté ou la mise à disposition d'un intervenant qualifié qui l'assistera sur le lieu de l'examen. La garantie est mise en œuvre dans les 30 jours suivants l'évènement.

9.6. INTERPRÈTE EN LANGUE DES SIGNES FRANÇAISE

En cas d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible nécessitant une hospitalisation de l'adhérent ou de son conjoint, sourd ou malentendant.

En cas d'hospitalisation de l'adhérent ou de son conjoint, sourd ou malentendant dans le cadre d'un accouchement.

Pour toute consultation et échographie liées à une grossesse de l'adhérent ou de son conjoint, sourd ou malentendant,

Les séjours en centre de convalescence ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

IMA organise et prend en charge la mise à disposition d'un interprète en Langue des Signes Française, dans la limite de 8 heures par évènement, pour aider à la compréhension médicale entre l'adhérent, ou son conjoint, et les professionnels de santé.

Un délai de prévenance de 15 jours est requis pour la mise en place de cette garantie (sauf en cas d'hospitalisation imprévue où le délai est de 24 heures).

Cette garantie ne pouvant pas être mise en œuvre par IMA dans les DROM, elle sera prise en charge par IMA, en accord préalable avec elle, sur présentation d'un justificatif et dans la limite du barème retenu en France métropolitaine.

9.7. PRISE DE RENDEZ-VOUS AVEC UN MÉDECIN OU TOUT INTERVENANT MÉDICAL OU PARAMÉDICAL

Lorsque l'adhérent, son conjoint ou un proche, sourd ou malentendant, doit prendre rendez-vous avec un médecin ou tout autre intervenant médical ou paramédical, IMA peut prendre ce rendez-vous à sa place.

L'adhérent ou son conjoint peut ainsi solliciter IMA par SMS ou courriel, en lui communiquant les coordonnées de la personne à contacter et la date de rendez-vous souhaitée.

IMA se charge alors de contacter le professionnel de santé pour une prise de rendez-vous et confirme en retour à l'adhérent la date et de l'heure du rendez-vous par SMS ou courriel.

10. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES LIÉES AU DÉCÈS

10.1. ENREGISTEMENT ET RESPECT DES VOLONTÉS

Avant décès : Recueil des volontés

IMA met en relation l'adhérent avec un opérateur funéraire conventionné afin de recueillir ses dernières volontés (inhumation ou crémation, type de cérémonie, sépulture, fleurs et plaques, personnes à prévenir, choix des pompes funèbres...).

L'adhérent peut à tout moment modifier et/ou supprimer ses dernières volontés auprès de l'opérateur funéraire, responsable de la gestion du fichier des volontés, sur demande écrite jusqu'à 3 fois sans frais. Ce document et les informations qu'il contient n'ont pas valeur de testament.

Après décès : Restitution des volontés

En cas de décès, les volontés seront restituées au proche qui en fera la demande.

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint à plus de 50 kilomètres du domicile.

10.2. RAPATRIEMENT DE CORPS

IMA organise et prend en charge le transport du corps, dans la limite de 3 000 €. Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France métropolitaine, si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, ou dans la collectivité de résidence, si le domicile de l'adhérent est situé en outre-mer. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les formalités, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante (entrée de gamme) si la mise en bière est intervenue préalablement au transport en vertu d'une obligation réglementaire, ou la prise en charge du rapatriement de l'urne funéraire si la crémation a lieu sur le lieu de décès. Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille.

10.3. DÉPLACEMENT D'UN PROCHE SUR LE LIEU DU DÉCÈS

Si la présence d'un proche sur les lieux du décès s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps, ou les formalités de rapatriement ou d'incinération du bénéficiaire décédé, IMA organise et prend en charge son déplacement aller-retour par train 1^{re} classe ou par avion classe économique, ainsi que son hébergement pour 5 nuits maximum, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 75 € par nuit.

10.4. RETOUR DES ACCOMPAGNATEURS

IMA organise et prend en charge le transport des autres bénéficiaires par le moyen le plus approprié, dès lors que ceux-ci ne peuvent utiliser les moyens prévus pour leur retour au domicile, dans la limite de 500 €.

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint.

10.5. AIDE AUX DÉMARCHES

Afin d'aider les proches, IMA organise et prend en charge la mise à disposition d'un taxi dans les 30 jours suivants le décès et dans la limite de 155 €.

10.6. MISE EN RELATION AVEC UN PRESTATAIRE FUNÉRAIRE

IMA communique les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres en France pour aider les proches à organiser les obsèques et pour leur apporter des conseils sur des devis obsèques.

10.7. AVANCE DE FONDS

IMA peut également faire l'avance des frais y afférents, dans la limite de 3 050 €. La somme avancée sera remboursable dans un délai de 30 jours.

GARANTIES D'ASSISTANCE EN DÉPLACEMENT

11. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ASSISTANCE DÉPLACEMENT

11.1. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance Déplacement s'appliquent en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible d'un bénéficiaire survenu lors d'un déplacement à but touristique ou professionnel, d'une durée inférieure à 90 jours, **dans les conditions spécifiées à chaque article et dans la limite d'une seule garantie par évènement.**

11.2. APPLICATION DES GARANTIES

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

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

IMA ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.

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

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle.

IMA ne participe pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative.

Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA peut apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

12. HOSPITALISATION OU IMMOBILISATION AU COURS D'UN DÉPLACEMENT

12.1. VOYAGE ALLER-RETOUR D'UN PROCHE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 5 jours de l'adhérent, de son conjoint ou de l'enfant lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile.

Lorsque le bénéficiaire blessé ou malade doit rester hospitalisé et qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA organise et prend en charge en France le déplacement aller-retour d'un proche par train 1^{re} classe ou avion classe économique.

IMA organise également et prend en charge son hébergement pour 5 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 75 € par nuit.

12.2. RAPATRIEMENT MÉDICAL

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue de l'adhérent, de son conjoint ou de l'enfant lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile.

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

Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins d'IMA, il est fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, voyage avec le blessé.

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

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

GARANTIES D'ASSISTANCE AIDE AUX AIDANTS

13. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ASSISTANCE AIDE AUX AIDANTS

13.1. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'Assistance à domicile s'appliquent :

- lorsque l'adhérent devient aidant ou aidé,
- en cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé,
- en cas d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible de l'aidant entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,

dans les conditions spécifiées à chaque article et dans la limite d'une seule garantie par évènement.

13.2. INTERVENTION

Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable, toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites à l'article 15 « GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE L'AIDANT » doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'immobilisation au domicile ou la sortie d'une hospitalisation. Passé ce délai aucune garantie ne sera accordée.

Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué peut donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle. **IMA ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative.** Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA apprécie leur prise en charge, sur justificatifs.

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

14. MAINTIEN À DOMICILE EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ

14.1. TÉLÉASSISTANCE

IMA prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de 6 mois.

Les frais d'accès au service comprennent l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé et si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité et si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence. Au-delà de la prise en charge d'IMA, l'aidant ou l'aidé peut demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'adhérent.

Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

14.2. NUTRITION PRÉVENTION SANTÉ

Chaque bénéficiaire peut solliciter, cinq fois sur une période de 12 mois, des conseils diététiques par téléphone, du lundi au vendredi, de 9h à 17h hors jours fériés, plus particulièrement :

- pour prévenir les risques liés à l'alimentation : dénutrition, problèmes de déglutition, de mastication...
- des conseils et des réponses aux questions sur les déséquilibres alimentaires chez les personnes dépendantes et le maintien du plaisir de manger...

Un bilan nutritionnel peut être réalisé, à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

14.3. BILAN MOBILITÉ

IMA organise et prend en charge un bilan pour le binôme aidant/aidé une fois sur une période de 12 mois.

Cette garantie effectuée par un éducateur en activité physique adaptée prend en compte un bilan d'1h30 au domicile du bénéficiaire avec notamment des propositions d'exercices à faire chez soi pour préserver son capital santé, un bilan des capacités d'équilibre et de marche pour l'aidé ou l'évaluation des capacités physiques générales... et un accès illimité à des cours collectifs pendant un trimestre en fonction des disponibilités des associations locales. Le cas échéant, 3 séances de coaching au domicile du bénéficiaire.

15. HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU IMMOBILISATION IMPRÉVUE OU BESOIN DE RÉPIT DE L'AIDANT

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'aidant ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 2 jours de l'aidant.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 24 heures de l'aidant ou une immobilisation programmée de plus de 2 jours de l'aidant.

15.1. BILAN SOCIAL

IMA organise et prend en charge un bilan social réalisé par un travailleur social. Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de l'aidé en prenant en compte sa ou ses problématiques.

Il identifie avec l'aidant les solutions les plus adaptées à la situation :

- choix du lieu de vie,
- recherche des aides financières possibles,
- identifier les ressources locales (accueil de jours, associations...),
- mise en place de l'organisation la plus pertinente,
- identification des priorités et envoi d'une synthèse à l'aidant, avec des préconisations personnalisées sur sa situation.

Cette garantie est mise en œuvre du lundi au vendredi, hors jours fériés, et est mise en œuvre dans les 12 mois suivant l'évènement.

15.2. ACCOMPAGNEMENT À L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT

IMA prend en charge, sur présentation de justificatifs et dans la limite de 300 €, le placement temporaire de l'aidé en accueil de jour ou de nuit ou le transport de l'aidé vers un établissement spécialisé.

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 4 jours de l'aidant ou en cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 4 jours de l'aidant.

15.3. GARDE DE NUIT DE L'AIDÉ

IMA organise et prend en charge la venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de nuit de l'aidé (entre 20h et 8h, hors week-ends et jours fériés), à raison de 2 nuits consécutives maximum par an.

La garantie est mise en œuvre dans les 12 mois suivant l'évènement.

Les garanties ci-dessus sont également mises en œuvre en cas de besoin de répit de l'aidant, dûment justifié par un certificat médical et moyennant un délai de prévenance de 7 jours, dans la limite d'un besoin de répit de l'aidant par an.

16. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES LIÉES À L'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE L'AIDANT

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'aidant ou une immobilisation imprévue au domicile de plus de 2 jours de l'aidant.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 24 heures de l'aidant ou une immobilisation programmée de plus de 2 jours de l'aidant.

16.1. AIDE À DOMICILE

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne peut excéder 15 heures sur 15 jours, à raison de 2 heures minimum par intervention. Cette garantie est mise en œuvre du lundi au vendredi, hors jours fériés.

16.2. SERVICES DE PROXIMITÉ

IMA organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 15 jours :

Coiffure à domicile

Le déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'aidé a besoin de soins de coiffure. La prise en charge est limitée à un seul déplacement par évènement. Le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

Pédicure à domicile

Le déplacement d'un pédicure lorsque l'aidé a besoin de soins de pédicure à domicile. La prise en charge est limitée à un seul déplacement par évènement. Le prix de la prestation du pédicure demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

Portage de repas

La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas* par semaine lorsque ni l'aidant, ni les proches ne sont en mesure de préparer les repas pour l'aidé ou de les faire préparer par l'entourage.

La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer

ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

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

Livraison de courses

La livraison d'une commande lorsque ni l'aidant, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses. Les frais de livraison seront remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

Portage d'espèces

- Le transport aller-retour dans un établissement bancaire proche du domicile,
- OU bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 € lorsque l'aidant ou l'aidé ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer.

La garantie est limitée à 1 fois par évènement.

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

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 4 jours de l'aidant ou en cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 4 jours de l'aidant.

16.3. BILAN SITUATIONNEL AU DOMICILE PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'aidant ou de l'aidé si l'aidé vit chez l'aidant.

Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie). Cette évaluation est complétée par un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile.

Cette garantie est mise en œuvre dans les 12 mois suivant l'évènement et est limitée à 1 bilan par an.

17. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS DE BESOIN DE RÉPIT DE L'AIDANT

En cas de besoin de répit de l'aidant, dûment justifié par un certificat médical et moyennant un délai de prévenance de 7 jours, IMA organise et prend en charge les garanties ci-dessous. Ces garanties sont mises en œuvre dans la limite d'un besoin de répit de l'aidant par an.

17.1. ENVELOPPE DE SERVICES

IMA met à la disposition de l'aidant et de son aidé une enveloppe de services limitée à 300 €, sur présentation de justificatifs. Il ne sera accordé qu'une seule enveloppe sur une même période de 12 mois à compter de la date de la première demande. Le décompte sera effectué au fur et à mesure des besoins.

Aucune modification ne sera faite dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties et que celles-ci auront débuté.

17.2. GARDE DE JOUR DE L'AIDÉ

Dès lors que l'aidant doit s'absenter pour un rendez-vous médical ou professionnel, IMA organise et prend en charge la venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé (entre 8h et 20h, hors week-ends et jours fériés).

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne peut excéder 12 heures à raison de 2 heures minimum par intervention (dont 2 heures pour la venue si nécessaire d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'aidé). Ces heures peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins. La planification des heures déjà accordée par IMA ne peut être modifiée lors des appels ultérieurs.

La garantie est mise en œuvre dans les 12 mois suivant l'évènement.

18. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS DE DÉCÈS DE L'AIDÉ

18.1. ACCOMPAGNEMENT BUDGÉTAIRE

IMA propose d'analyser le budget familial, de fixer des objectifs pour le rééquilibrer, de réaliser une série de recommandations adaptées à la situation globale de l'aidant, de mettre à disposition des fiches pratiques ainsi qu'un livret de compte pour le suivi du budget.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 6 entretiens téléphoniques avec un conseiller en économie sociale et familiale sur 12 mois.

18.2. RÉACTIVATION DES LIENS SOCIAUX

IMA prend en charge, sur présentation d'un justificatif, l'inscription à une association par l'aidant, dans la limite de 50 € par an.

19. ACCOMPAGNEMENT DE L'AIDANT À TOUT MOMENT

IMA met à disposition de l'adhérent un site Internet accessible à partir de l'espace adhérent d'AÉSIO mutuelle avec un accès sécurisé et illimité 24h/24 et 7j/7.

Le site propose des conseils pour les aidants classés sous différentes thématiques pour guider l'adhérent au quotidien. Il propose également la possibilité pour l'aidant ou l'aidé de solliciter un expert sur le thème de la dépendance.

ANNEXE

ENVELOPPE DE SERVICES EN CAS DE PATHOLOGIE NÉCESSITANT UN TRAITEMENT PAR CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE, CURIETHÉRAPIE, IMMUNOTHÉRAPIE OU HORMONOTHÉRAPIE

La valeur unitaire en euros des garanties listées ci-dessous est donnée à titre indicatif.

ENVELOPPE DE SERVICES POUR ADULTE	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE MOYENNE
Aide à domicile	1 heure	21 €
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	200 €
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour**	120 €
Livraison de médicaments	1 livraison	80 €
Livraison de courses	1 livraison	120 €
Portage de repas	1 livraison	40 €
Coiffure à domicile	1 déplacement	20 €
Entretien jardin	1 heure	40 €
Garde d'enfant	1 heure	40 €
Conduite à l'école	1 trajet aller et/ou retour par jour	80 €
Conduite aux activités extrascolaires	1 trajet aller et/ou retour par jour	80 €

** Déplacement par train 1^{re} classe ou avion classe économique. Hébergement dans la limite de 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit. ** Dans un rayon de 50 km.*

La valeur unitaire des garanties de l'enveloppe de services est susceptible d'être modifiée en cas de revalorisation tarifaire des garanties. En cas de modification, l'enveloppe actualisée vous sera transmise.

ANNEXE

ENVELOPPE DE SERVICES EN CAS DE BESOIN DE RÉPIT DE L'AIDANT

La valeur unitaire en euros des garanties listées ci-dessous est donnée à titre indicatif.

ENVELOPPE DE SERVICES POUR ADULTE	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE MOYENNE
Auxiliaire de vie	1 heure	40 €
Aide à domicile	1 heure	21 €
Présence d'un proche au domicile de l'aidé	1 déplacement aller et/ou retour *	200 €
Transfert de l'aidé chez un proche	1 déplacement aller et/ou retour *	200 €
Livraison de médicaments	1 livraison	80 €
Portage de repas	1 livraison	40 €
Livraison de courses	1 livraison	120 €
Coiffure à domicile	1 déplacement	20 €
Portage d'espèces	1 livraison	80 €

** Déplacement par train 1^{re} classe ou avion classe économique. Hébergement dans la limite de 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.*

La valeur unitaire des garanties de l'enveloppe de services est susceptible d'être modifiée en cas de revalorisation tarifaire des garanties. En cas de modification, l'enveloppe actualisée vous sera transmise.

CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES D'ASSISTANCE

IMA intervient 24h/24 et 7j/7 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant : **05 49 76 98 20**

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

FAUSSE DÉCLARATION

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

FORCE MAJEURE

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

REFUS DU BÉNÉFICIAIRE

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

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES POUR L'ASSISTANCE DOMICILE

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- Les hospitalisations dans des établissements et services psychiatriques, gériologiques et gériatriques,
- Les hospitalisations liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- Les hospitalisations liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences,

- Les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcool ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (tentative de suicide ou mutilation volontaire).

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES POUR L'ASSISTANCE DÉCÈS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

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

Les décès consécutifs :

- à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales, à la pratique, à titre professionnel, de tout sport, à la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée, à la participation à des démonstrations, acrobaties, rallyes, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,
- à la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à des guerres civiles ou étrangères, à des attentats, à des émeutes, à des insurrections, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes,
- à un état ou à un accident résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ou à l'absorption d'alcool (le cas échéant : si le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal de tolérance),
- aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES POUR L'ASSISTANCE DÉPLACEMENT

Ne sont en aucun cas pris en charge par IMA :

Certains frais et dépenses :

- Les frais liés aux affections ou lésions n'empêchant pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement et dont le traitement peut être différé à son retour,

- Les frais de repas, les frais de téléphone et de connexion internet ainsi que les frais de bar en cas d'hébergement pris en charge par IMA au titre des garanties,
- Les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur, etc.),
- Les frais d'achat ou de location d'appareils de climatisation, d'humidificateurs, d'appareils à aérosol et des appareils pour exercices physiques,
- Les frais engagés par le bénéficiaire de sa propre initiative, sans l'accord préalable d'IMA, sauf cas de force majeure,
- Les frais non mentionnés expressément comme donnant lieu à remboursement et toute dépense pour laquelle le bénéficiaire ne peut produire de justificatif,
- Les dépenses occasionnées par les proches ou les membres de la famille du bénéficiaire pendant sa période d'hospitalisation,
- Les frais liés aux excédents de poids de bagages lors d'un rapatriement par avion de ligne,
- Les frais résultant de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale,
- Les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple),
- Les frais d'appareillages médicaux et prothèses (dentaires notamment),
- Les frais de séjour en maison de repos, et en centres de rééducation ou maisons de convalescence
- Les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie,
- Les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- Les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination,
- Les frais de bilan de santé et de traitements médicaux ordonnés en France.
- Les frais médicaux qui interviennent dans le pays du domicile du bénéficiaire,
- Les frais de transports primaires, c'est-à-dire les transports sanitaires d'urgence relevant d'une organisation décidée par la puissance publique locale,
- Les frais liés au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles,
- Les frais de cure thermale, d'héliothérapie, d'amaigrissement, de rajeunissement et de toute cure de « confort » ou de traitement à visée esthétique,

Les événements suivants :

- Les grèves, la manipulation d'armes, la participation volontaire à des paris, crimes ou rixes, sauf en cas de légitime défense,

- Les attentats, guerres civiles ou étrangères, révolution, émeute,
- Les actes intentionnels et fautes dolosives, y compris le suicide et la tentative de suicide,
- La consommation d'alcool lorsqu'elle est directement à l'origine de la cause de l'évènement, de drogue, et de toute substance stupéfiante mentionnée au Code de la Santé Publique, non prescrite médicalement.
- Tout effet d'origine nucléaire ou causé par toute source de rayonnement ionisant,
- Les événements dont la responsabilité peut incomber soit à l'organisateur du voyage en application du Titre I du Livre II du Code du Tourisme fixant les conditions d'exercice des activités d'organisation et de vente de séjours, soit au transporteur, notamment en raison de sécurité aérienne et/ou de sursurveillance,
- Les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé pour un traitement quel qu'en soit sa nature ainsi que les déplacements pour greffe d'organe,
- Les rapatriements en rapport avec un état antérieur ayant justifié un premier rapatriement organisé par IMA,
- L'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement, les fécondations in vitro et leurs conséquences,
- Les états de grossesse dans le cadre de leur déroulement normal, sauf complication imprévue,
- Les événements, et leurs conséquences, survenus lors de la pratique de sports à titre professionnel ou dans le cadre d'une compétition, ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires,
- L'inobservation d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive,

Les conséquences des situations ou événements suivants :

- Les conséquences d'infractions volontaires à la législation locale en vigueur,
- Les conséquences des blessures et maladies préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation ou de soins ambulatoires dans les 6 mois précédent le début du voyage,
- Les conséquences d'une affection en cours de traitement, non consolidée pour laquelle le bénéficiaire est en séjour de convalescence, ainsi que les affections survenant au cours d'un voyage entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,
- Les conséquences des accidents ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place,

- Les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique qui font l'objet d'une mise en quarantaine, de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), du Ministère en charge des Affaires Etrangères ou des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays dans lequel le bénéficiaire séjourne,
- Les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectant, de l'exposition à des agents chimiques types gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à des effets neurotoxiques rémanents,
- Les conséquences d'un accident survenu lors de la pratique d'une activité aérienne (y compris delta-plane, parapente, planeur) ou de l'un des sports suivants : skeleton, bobsleigh, saut à ski, alpinisme avec passage en cordée, varappe, plongée sous-marine avec ou sans appareil autonome, spéléologie, saut à l'élastique, parachutisme, kitesurf, base jump.

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

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

La preuve de l'exclusion incombe à IMA.

VIE DU CONTRAT

DURÉE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité du contrat « Assistance santé » souscrit par l'adhérent auprès d'AÉSIO mutuelle.

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

PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

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

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

AÉSIO mutuelle collecte, en qualité de Responsable de Traitement, tout ou partie des catégories de données suivantes, dans le cadre de la souscription et la gestion du contrat d'assistance :

- des données relatives à l'identification du souscripteur et, le cas échéant des bénéficiaires du contrat,
- des données relatives à la situation familiale,
- des données nécessaires à la souscription et l'application du contrat ainsi qu'au suivi de la relation contractuelle.

IMA, en qualité de Responsable de traitement collecte directement les catégories de données suivantes, dans le cadre de la gestion et l'exécution du contrat d'assistance :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat,
- des données relatives à la situation familiale,
- des données nécessaires à la passation,
- l'application du contrat et à la gestion des sinistres,
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices,
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés,
- des données médicales.

Ces données sont utilisées par IMA pour la stricte exécution des services et notamment pour :

- la gestion des contrats d'assistance,
- l'exécution des contrats d'assistance,
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux,
- les opérations relatives à la gestion de ses clients et notamment le suivi de la relation client (ex : passation d'enquête de satisfaction),
- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption,
- la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Ces données peuvent être transmises aux intermédiaires d'assurance et prestataires d'IMA chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires d'IMA chargés de l'exécution de ces garanties, ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance. Elles peuvent être accessibles ou transmises à des sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques. Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par IMA pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques. Les données sont conservées pendant la durée de la relation assurantielle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques. Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès d'IMA, aux coordonnées suivantes : Direction des Affaires Juridiques - 118 avenue de Paris - 79000 NIORT - dpo@ima.eu. Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de

l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles compétente s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

RÉCLAMATION ET MÉDIATION

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

En cas de réclamation, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA par courriel depuis le site www.ima.eu, réclamations ou par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT Cedex 09.

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

Si le désaccord persiste après la réponse du Service Consommateur ou en l'absence de réponse dans le délai règlementaire, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par courriel depuis le site : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA50110 - 75441 PARIS Cedex 09. La demande auprès du Médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

DÉFINITIONS

DANS LE CADRE DE LA NOTICE, LES TERMES CI-APRÈS DOIVENT ÊTRE ENTENDUS AVEC LES ACCEPTIONS SUIVANTES :

ACCIDENT CORPOREL

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

ADHÉRENT

Adhérent ayant souscrit un contrat « Assistance santé » auprès d'AÉSIO mutuelle.

AIDANT

Toute personne qui apporte seule ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche et qui n'est pas salarié pour cette aide.

AIDÉ

Le proche ou l'adhérent dont la perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne.

AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Modification de l'état de dépendance d'une personne attestée par le changement de catégorie de l'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH) ou l'évolution des droits pour la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ou le changement de classement GIR de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

ANIMAUX DOMESTIQUES

Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquets, perruches, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'Inde, gerbilles, écureuils de Corée).

BÉNÉFICIAIRES

L'adhérent, les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs. **Pour l'assistance aux aidants** : L'adhérent et l'aidé si l'adhérent est en situation d'aidant.

BESOIN DE RÉPIT

Besoin de repos, consécutif à un épuisement physique ou moral de l'aidant, qui doit permettre à celui-ci de reprendre des forces afin de continuer d'assumer son rôle.

CENTRE DE CONVALESCENCE

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. **Les séjours dans ces centres de convalescence ne sont pas considérés comme des hospitalisations.**

CHIRURGIE AMBULATOIRE

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

DOMICILE

Pour l'assistance à domicile et en déplacement : Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France. Pour l'assistance aux aidants : Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'aidant ou de l'aidé en France. Ne sont pas assimilés au domicile les établissements, médicalisés ou non, ayant pour vocation d'accueillir des personnes en perte d'autonomie.

FRANCE

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et l'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

HOSPITALISATION

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

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

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

HOSPITALISATION PROGRAMMÉE

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

IMMOBILISATION

L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

IMMOBILISATION IMPRÉVUE

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

INTERVENTION CHIRURGICALE

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

HANDICAP

Constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

MALADIE

En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :

Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

En cas d'hospitalisation programmée ou d'immobilisation programmée :

Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

PERTE D'AUTONOMIE

État d'une personne qui relève des droits à l'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6 ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.

PROCHE

Ascendant direct, conjoint de droit ou de fait, descendant direct. Toute personne vivant au domicile de l'adhérent.

ANNEXE 4 : QU'EST-CE QU'UNE GARANTIE RESPONSABLE ?

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie a mis en place un ensemble de mesures visant à la maîtrise des dépenses de santé. Elle a défini les « garanties responsables » qui visent à inciter le patient à respecter le parcours de soins.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit une réforme en profondeur de ces garanties responsables, avec la mise en place de nouvelles obligations de prise en charge et le plafonnement de certaines prestations. Ce nouveau cahier des charges du contrat responsable a été précisé par décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Le cahier des charges des contrats responsables tels que modifiés par des lois et décrets ultérieurs est défini aux articles L871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties proposées par la Mutuelle respectent, sauf exceptions précisées dans les règlements particuliers ou conditions particulières ou notices d'information, le cahier des charges des contrats « responsables » conformément aux dispositions légales et réglementaires susmentionnées.

1°) prises en charge obligatoires :

- Une garantie responsable doit prévoir : La prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour tous les actes pris en charge par la Sécurité sociale (**= 100% du Ticket modérateur**), sauf pour la pharmacie remboursée à 15% et 30%, l'homéopathie et les cures thermales ;
- La prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour les séances d'accompagnement psychologique, dans la limite du nombre de séance prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire par an ; La prise en charge de l'intégralité du **forfait journalier hospitalier**, sans possibilité de limiter la durée de cette prise en charge ;
- La prise en charge de l'intégralité du forfait patient urgence.

2°) encadrement de certaines prestations si elles sont prévues par le contrat :

Une garantie responsable doit prévoir :

- **Dépassement d'honoraires des médecins** : la prise en charge des dépassements d'honoraires par le contrat responsable est plafonnée lorsque le médecin qui pratique le dépassement d'honoraire n'a **pas adhéré à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)*** prévus par la convention médicale en vigueur. Ainsi, cette prise en charge ne peut pas être supérieure à 100% de la base de remboursement Sécurité sociale (BRSS) **et** doit être inférieure d'au moins 20% de la BRSS à la prise en charge, par le contrat, des dépassements d'honoraires des médecins qui ont adhéré à un DPTM.

(*) Ces dispositifs sont l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie chirurgie et obstétrique (OPTAM-ACO)

3°) prises en charges dans le cadre du « 100% SANTÉ » :

- **Remboursement Optique** : le contrat responsable doit distinguer entre deux classes d'équipements optiques et doit prévoir :
 - La prise en charge des équipements de Classe A (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP¹ après l'intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
 - La prise en charge des équipements de Classe B « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Enfin, le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.

La prise en charge d'un équipement (verres + monture) se fait par période de deux ans, appréciée à compter de la date d'acquisition. Le renouvellement est possible au terme d'une période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (telle que définie dans la LPP), ainsi que dans d'autres cas précisés par la LPP.

- **Remboursement des aides auditives** : le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives et doit prévoir :

¹ Liste des Produits et Prestations

- La prise en charge des équipements de Classe I (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP au-delà de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
- La prise en charge des équipements de Classe II (« à tarifs libres ») à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisé par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de 4 ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la LPP. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

- **Remboursement dentaire** : le contrat responsable distingue trois paniers de soins et doit prévoir
 - La prise en charge des actes appartenant au panier « 100% Santé » (« reste à charge zéro ») au-delà de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels engagés.
 - La prise en charge des actes appartenant au panier de soins à « reste à charge maîtrisé » à hauteur du ticket modérateur.
 - La prise en charge des actes appartenant au panier de soins « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur.
- **Remboursement des prothèses capillaires** : La prise en charge des prothèses de « Classe I » telles que définies dans la LPP est intégralement réalisée par l'AMO. Le contrat responsable doit quant à lui prévoir :
 - La prise en charge des prothèses de « Classe II » telles que définies dans la LPP en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur des frais réels engagés dans la limite des PLV.
 - La prise en charge des prothèses de « Classe III » et de « Classe IV » telles que définies dans la LPP à hauteur du ticket modérateur.
- **Remboursement de la location de courte durée des fauteuils roulants** : le contrat responsable doit prévoir la prise en charge du forfait de location hebdomadaire, du forfait de mise à disposition et du forfait de livraison à hauteur des frais réels engagés dans la limite des PLV et dans la limite d'une période de 3 mois qui peut être prolongée de 3 mois supplémentaires, soit au maximum 6 mois de facturations consécutives sur une année glissante.

4°) Des exclusions de prise en charge :

- la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- la franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiquées par des spécialistes hors parcours de soins,
- la participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux,
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration du présent document s'appliqueront immédiatement afin de conserver à la garantie son caractère responsable.

5°) La possibilité de bénéficier du tiers payant :

La garantie responsable doit permettre à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les équipements optiques et auditifs appartenant au panier de soins 100% santé ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation pour les actes appartenant au panier de soins 100% santé. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.