



LA MUTUELLE
générale

ON VA BIEN ENSEMBLE

ADVENGO SANTÉ II •

Notice d'information

**DOCUMENT
À CONSERVER**

SANTÉ ET ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION 5 à 22

ASSISTANCE 23 à 50

MAÎTRISE DES FRAIS DE SANTÉ 51 à 53

1. Le contrat *advengo santé II* est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association Nationale des Adhérents de Contrats Collectifs Santé (« ANACCS »), une association constituée conformément aux dispositions de la loi du 1er juillet 1901, déclarée à la Préfecture de Paris sous le numéro W751158783 dont le siège est sis 1-11 rue Brillat-Savarin à Paris (75013) auprès de :

La Mutuelle Générale, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au SIREN sous le n° 775685340, dont le siège social est sis 1-11 rue Brillat-Savarin à Paris (75013),

L'autorité de contrôle de La Mutuelle Générale est l'ACPR sis 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

2. L'adhésion s'étend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction.

Le contenu des garanties et les exclusions sont précisés aux articles 2.1 et 2.8 de la notice d'information.

3. Le montant des cotisations est susceptible de varier dans les conditions prévues à l'article 6.6 de la notice d'information et notamment en cas d'évolution de l'âge ou de la variation du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) et des résultats techniques du contrat.

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Dans le cas d'un règlement mensuel, la cotisation est payable obligatoirement par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal.

L'adhésion au contrat est opérée selon les modalités prévues à l'article 1.5 de la notice d'information.

En cas d'adhésion par correspondance, les frais y afférents exposés par l'Adhérent (tels que par exemple les frais d'envoi postaux et/ou le coût des communications téléphoniques) sont à sa charge et ne donnent lieu à aucun remboursement.

4. L'Adhérent dispose d'un délai de quatorze jours calendaires pour renoncer à son adhésion au contrat.

Ce délai de quatorze jours commence à courir à compter de la date de conclusion de son adhésion et sous réserve de ne pas avoir demandé dans ledit délai le remboursement de frais de santé engagés.

L'Adhérent exerce sa faculté de renonciation dans le délai susmentionné au moyen du modèle de rédaction ci-après ou de toute autre déclaration écrite dénuée d'ambiguïté, exprimant sa volonté de renoncer à son adhésion envoyée à l'adresse suivante : La Mutuelle Générale 1-11 rue Brillat-Savarin - CS 21363 75634 Paris Cedex 13.

« Je soussigné [Nom Prénom de l'Adhérent], demeurant [Adresse du domicile de l'Adhérent], déclare renoncer à mon adhésion [Nom et Numéro du Contrat indiqué dans le Certificat d'adhésion] auquel j'avais souscrit le [date d'adhésion].

À [Lieu] Le [Date].

Signature de l'Adhérent »

Toute somme versée par l'Adhérent lui sera remboursée dans un délai maximum de trente jours à compter de la date d'effet de la renonciation (date correspondant à la réception par La Mutuelle Générale de la demande de renonciation).

5. Le contrat *advengo santé II* est soumis à la loi française.

La langue française sera la seule langue utilisée dans le cadre du contrat *advengo santé II*.

6. Les réclamations relatives à l'adhésion au contrat doivent être formulées par téléphone, voie postale ou courriel par les Adhérents auprès du service de gestion indiqué sur leur carte de tiers payant.

En cas de désaccord ou en l'absence de réponse du service de gestion dans un délai de 15 jours, les Adhérents peuvent envoyer un courrier ou un courriel au service des réclamations de La Mutuelle Générale dont l'adresse figure sur le site Internet de La Mutuelle Générale ou peut leur être communiquée sur simple demande à La Mutuelle Générale.

Lorsque les recours ci-dessus sont restés sans réponse pendant deux (2) mois à compter de la date de leur réception ou si les voies de recours sont épuisées et que le différend persiste, les Adhérents peuvent saisir le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française :

- soit par courrier à l'attention de :

**Monsieur le Médiateur de la consommation
de la Mutualité Française**

FNMF

255 rue de Vaugirard

75719 PARIS CEDEX 15

- soit via l'adresse mail : mediation@mutualite.fr

- soit via le formulaire figurant sur le site Internet du Médiateur de la consommation <https://mediateur-mutualite.fr/>

Il existe un fonds de garantie des Adhérents contre les défaillances des mutuelles régies par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité (article L. 431-1 du Code de la Mutualité).

Il est requis, avant toute adhésion au contrat, de prendre connaissance des dispositions de la présente notice d'information.

SANTÉ &
ALLOCATION
JOURNALIÈRE
D'HOSPITALISATION

SOMMAIRE

LEXIQUE	7
1 • DISPOSITIONS GÉNÉRALES	8
1.1. Préambule	8
1.2. Objet des garanties	8
1.3. Formalités d'adhésion	8
1.4. Prise d'effet de l'adhésion	8
1.5. Conditions pour adhérer	9
1.6. Perte de la qualité d'Adhérent	9
1.7. Durée des garanties	10
1.8. Exclusions communes aux garanties santé et allocation journalière d'hospitalisation	10
1.9. Prescription	10
1.10. Subrogation	11
1.11. Réclamation - Médiation	11
1.12. Opposition au démarchage téléphonique	11
1.13. Support des relations contractuelles et droit d'opposition	11
1.14. Informatique et libertés	11
1.15. Autorité de contrôle	11
2 • LA GARANTIE SANTÉ	12
2.1. Choix du niveau de garantie	12
2.2. Modification du niveau de garantie	12
2.3. Étendue territoriale	12
2.4. Définitions module « Soins courants »	12
2.5. Définitions module « Optique Dentaire Acoustique et autres Appareillages »	13
2.6. Définitions Module « Hospitalisation »	14
2.7. Délai d'attente	15
2.8. Exclusions	15
3 • LA GARANTIE ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION	16
3.1. Choix de la garantie	16
3.2. Modification de la garantie	16
3.3. Renonciation à la garantie	16
3.4. Hospitalisations ouvrant droit au versement de l'allocation	16
3.5. Délai d'attente	16

4 • TABLEAUX DE GARANTIES	17
5 • MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ	20
5.1. Remboursements	20
5.2. Pièces justificatives	20
5.3. Contrôle	20
6 • LES COTISATIONS	21
6.1. Cotisation de la garantie Santé	21
6.2. Cotisation de la garantie Allocation Journalière d'hospitalisation	21
6.3. Paiement des cotisations	21
6.4. Exonération de cotisation en cas de décès de l'Adhérent	21
6.5. Exonération de cotisation pour tout nouveau-né ou enfant adopté	21
6.6. Variations des cotisations	21
6.7. Changement générant une modification de la cotisation en cours d'année	21
6.8. Sanction en cas de non-paiement de la cotisation	21
7 • LA VIE DE L'ADHÉSION	22
7.1. Changement de situation des Bénéficiaires	22
7.2. Terme des garanties	22

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessous a, lorsqu'il (elle) est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

Accident

Toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et indépendante de l'Adhérent.

Adhérent

Sociétaire de l'ANACCS qui adhère au contrat collectif *advengo santé II*. Un enfant mineur de moins de seize ans ne peut pas être Adhérent.

Année d'assurance

Période de douze (12) mois consécutifs démarrant à compter de la date de prise d'effet des garanties.

Base de remboursement de la Sécurité sociale

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

Bénéficiaire des prestations

L'Adhérent et ses ayants droit inscrits et mentionnés dans le Certificat d'adhésion.

Certificat d'adhésion

Document envoyé à l'Adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il mentionne la formule de garantie souscrite.

Conjoint

L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le (la) concubin(e) déclaré(e) ou le cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à modérer leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

Délai d'attente

Période durant laquelle les garanties ne donnent pas lieu à prise en charge (à l'exception du ticket modérateur et du forfait journalier).

Honoraire de dispensation

Rémunération des pharmaciens. Cette dernière, déconnectée du prix du médicament est destinée à valoriser l'acte de dispensation du pharmacien qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer et les conseils aux patients.

Maladie

Toute altération pathologique de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un accident ni le fait volontaire de l'Adhérent ou d'un tiers.

Parcours de soins coordonnés

Mode d'accès aux soins prévoyant l'obligation de désigner un médecin traitant et de le consulter en première intention, conformément à la loi n° 2004-810 du 13/08/2004.

Régime Obligatoire

Régime d'assurance maladie couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Ticket modérateur

Reste à charge de l'Adhérent après le remboursement du Régime Obligatoire, sur la base des tarifs de cette dernière.

1 > DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 • PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'ANACCS « Association Nationale des Adhérents de Contrats Collectifs Santé » dont le siège social est situé 1-11 rue Brillat-Savarin 75013 Paris,
- et d'autre part, La Mutuelle Générale, mutuelle soumise aux dispositions du Code de la mutualité, numéro SIREN 775 685 340, dont le siège social est situé 1-11 rue Brillat-Savarin 75013 Paris,

un contrat collectif, dénommé *advengo santé II*, à adhésion facultative.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'ANACCS.

Chaque Adhérent à *advengo santé II* est sociétaire de l'ANACCS et membre participant de La Mutuelle Générale.

Ce contrat collectif facultatif signé entre l'ANACCS et La Mutuelle Générale, se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de deux (2) mois par lettre recommandée.

À cette échéance, La Mutuelle Générale s'engage à ne pas mettre fin aux garanties individuellement accordées aux Adhérents.

advengo santé II est soumis au droit français et régi par le Code de la mutualité.

Les statuts de La Mutuelle Générale, la notice d'information et le Certificat d'adhésion sont remis à chaque Adhérent.

Le présent document constitue la notice d'information des garanties Santé et Allocation Journalière d'hospitalisation et reprend les conditions du contrat collectif précité.

Les cotisations versées au titre de la garantie Santé du contrat *advengo santé II* peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale prévue par l'article 154 bis du Code général des impôts.

En tant que :

- professionnel indépendant dont les revenus relèvent des bénéfices industriels et commerciaux (BIC) ou des bénéfices des professions non commerciales (BNC);
- conjoint collaborateur d'un professionnel indépendant;
- dirigeant non salarié relevant de l'article 62 du Code général des impôts.

Cette déduction est possible tant que vous exercez sous ce statut, que vous êtes à jour de vos cotisations aux régimes obligatoires et que dure votre adhésion au contrat *advengo santé II*.

La Mutuelle Générale vous adressera une attestation à conserver à l'appui de votre comptabilité.

1.2 • OBJET DES GARANTIES

La garantie Santé

Elle a pour objet de garantir aux Adhérents et à leurs ayants droit figurant sur la demande d'adhésion le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, et occasionnés par une maladie, une maternité ou un Accident.

Les Adhérents ont le choix entre 5 niveaux de remboursement: « Niveau 1 », « Niveau 2 », « Niveau 3 », « Niveau 4 » et « Niveau 5 ».

La garantie Allocation Journalière d'hospitalisation

Cette garantie optionnelle a pour objet le versement d'allocations journalières en cas d'hospitalisation de l'Adhérent ou de ses ayants droit figurant sur la demande d'adhésion.

1.3 • FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'Adhérent doit compléter, signer et dater une demande d'adhésion indiquant les garanties souscrites et les éventuels ayants droit inscrits.

Aucun questionnaire médical n'est exigé.

L'adhésion est établie d'après les déclarations de l'Adhérent et la cotisation fixée en conséquence.

L'Adhérent doit donc répondre avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la demande d'adhésion.

Toute fausse déclaration intentionnelle peut entraîner l'application des sanctions prévues par l'article L. 221-14 du Code de la mutualité (nullité du contrat).

1.4 • PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée dans le Certificat d'adhésion et au plus tôt le jour de la réception par La Mutuelle Générale de la demande d'adhésion complétée et signée, sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un Certificat d'adhésion et du paiement de la première (1^{re}) cotisation.

À compter de la date d'adhésion, tous les frais médicaux dont la date de référence est postérieure à l'adhésion sont remboursables :

- **pour tous les actes faisant l'objet d'un décompte d'un régime d'assurance maladie obligatoire, la date de référence sera la date de soins mentionnée sur ce décompte ;**

- **pour les actes qui n'ont pas fait l'objet d'un décompte d'un régime d'assurance maladie obligatoire, les prestations ne sont versées que lorsque la date de prescription médicale se situe après la date d'effet de l'adhésion;**
- **pour les actes qui ne font pas l'objet d'une prescription médicale, les prestations ne sont versées que si la date de soins ou d'achat se situe après la date d'effet d'adhésion.**

Droit de renonciation

L'Adhérent dispose du droit de renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de celle-ci et sous réserve de ne pas avoir demandé dans ledit délai le remboursement de frais de santé engagés.

Modalités d'exercice du droit de renonciation

L'Adhérent doit adresser à La Mutuelle Générale une lettre recommandée avec accusé de réception, rédigée comme suit :

« Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse de l'Adhérent] déclare renoncer à mon adhésion [Nom et n° du contrat figurant sur votre Certificat d'adhésion] auquel j'avais souscrit le [date d'adhésion].

À [Lieu] Le [Date]

Signature de l'Adhérent »

L'exercice du droit à renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion à compter de la date d'effet de l'adhésion et donne lieu au remboursement intégral de la cotisation dans un délai de trente (30) jours.

La Mutuelle Générale est délivrée de tout engagement présent et futur envers l'Adhérent.

1.5 • CONDITIONS POUR ADHÉRER

L'Adhérent

L'Adhérent doit :

- résider en France métropolitaine ou dans les Départements ou Régions d'Outre-Mer (DROM);
- être affilié à un régime d'assurance maladie obligatoire français;
- être Adhérent de l'ANACCS;
- exercer une activité non salariée, non agricole, normale et effective;
- être en activité à la signature de l'adhésion;
- être à jour, pendant toute la durée de l'adhésion au contrat *advengo santé II*, du versement des cotisations

aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse;

- être âgé au jour de l'adhésion d'au moins 16 ans et ne pas avoir dépassé 75 ans au 31 décembre de l'année d'adhésion.

Les ayants droit

Peuvent avoir la qualité d'ayants droit :

- le Conjoint, concubin ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, sous réserve :
 - de résider en France métropolitaine ou dans les DROM,
 - d'être affilié à un régime d'assurance maladie obligatoire français,
 - d'être âgé au jour de l'adhésion d'au moins 16 ans et ne pas avoir dépassé 75 ans au 31 décembre de l'année d'adhésion;
- les enfants de l'Adhérent, du Conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 25 ans;
- les ascendants ou collatéraux, affiliés à un régime d'assurance maladie obligatoire français de l'Adhérent ou de son Conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS sous réserve qu'ils n'aient pas dépassé 75 ans au 31 décembre de l'année de leur inscription comme ayant droit au contrat *advengo santé II*;
- les personnes vivant sous le même toit que l'Adhérent affiliées à un régime d'assurance maladie obligatoire français de l'Adhérent ou de son Conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS sous réserve qu'ils n'aient pas dépassé 75 ans au 31 décembre de l'année de leur inscription comme ayant droit au contrat *advengo santé II*.

Tous les membres d'une même famille, c'est-à-dire l'Adhérent et ses ayants droit, doivent s'inscrire sur la même adhésion. L'inscription d'un ayant droit en cours d'année d'adhésion prend effet au plus tôt le jour de la réception par La Mutuelle Générale de la demande de modification d'adhésion complétée et signée sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un nouveau Certificat d'adhésion.

Toutefois, les garanties sont acquises dès la date de naissance du nouveau-né ou dès la date d'adoption de l'enfant mineur, à condition d'effectuer la demande d'inscription dans les trois (3) mois suivant la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant au foyer. À défaut, les garanties prennent effet à compter de la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion.

1.6 • PERTE DE LA QUALITÉ D'ADHÉRENT

La fin de l'adhésion entraîne la perte de la qualité d'Adhérent et par conséquent de tous les droits qui s'y rattachent.

1.7 • DURÉE DES GARANTIES

Les garanties Santé et Allocation Journalière d'hospitalisation sont viagères.

L'adhésion s'étend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction.

1.8 • EXCLUSIONS COMMUNES AUX GARANTIES SANTÉ ET ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION

Ne sont pas pris en charge les frais qui sont la conséquence de :

- la pratique d'un sport professionnel ;
- risques de guerre civile étrangère.

Les exclusions de garanties décrites ci-dessus ne sont pas appliquées aux obligations de prise en charge minimale posées à l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

1.9 • PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1 - En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Adhérent, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- 2 - En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Adhérent, 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 l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque et par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 à 2246 du Code civil).

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

1.10 • SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, La Mutuelle Générale exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au(x) Bénéficiaire(s).

Afin de permettre à La Mutuelle Générale d'exercer son droit de subrogation, les Bénéficiaires s'engagent à déclarer, dans les meilleurs délais, tout Accident dont ils sont victimes.

1.11 • RÉCLAMATION - MÉDIATION

Les réclamations doivent être formulées par téléphone, voie postale ou courriel par les Adhérents auprès du service de gestion indiqué sur leur carte de tiers payant.

En cas de désaccord ou en l'absence de réponse du service de gestion dans un délai de 15 jours, les Adhérents peuvent envoyer un courrier ou un courriel au service des réclamations de La Mutuelle Générale dont l'adresse figure sur le site Internet de La Mutuelle Générale ou peut leur être communiquée sur simple demande à La Mutuelle Générale.

Lorsque les recours ci-dessus sont restés sans réponse pendant deux (2) mois à compter de la date de leur réception ou si les voies de recours ci-dessus sont épuisées et que le différend persiste, les Adhérents

peuvent saisir le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française :

- soit par courrier à l'attention de :

**Monsieur le Médiateur de la consommation
de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15**

- soit via l'adresse mail : mediation@mutualite.fr

- soit via le formulaire figurant sur le site Internet du Médiateur de la consommation <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

1.12 • OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

L'Adhérent peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dont la gestion a été confiée à la société OPPOSETEL.

1.13 • SUPPORT DES RELATIONS CONTRACTUELLES ET DROIT D'OPPOSITION

La Mutuelle Générale peut proposer aux Adhérents que les informations et documents afférents à la présente opération collective à adhésion facultative leur soient communiqués de façon dématérialisée et notamment par courrier électronique.

Les Adhérents peuvent s'opposer à l'utilisation du courrier électronique lors de la signature de leur bulletin d'adhésion ou à tout moment ultérieurement et demander par tout moyen à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des relations contractuelles

1.14 • INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Dans le cadre de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, La Mutuelle Générale agit en tant que responsable du traitement des données personnelles de ses Adhérents, ayants-droits et bénéficiaires concernés (ci-après les « Données Personnelles »).

Les Données Personnelles sont utilisées par La Mutuelle Générale pour la gestion et l'exécution du présent contrat.

La Mutuelle Générale est susceptible d'utiliser tout ou partie de ces données afin d'améliorer sa qualité de service, ses produits, d'évaluer ou d'anticiper les changements de situation des personnes ou d'améliorer la relation client.

La Mutuelle Générale s'engage à conserver les Données Personnelles collectées pour la durée nécessaire à l'exécution et la gestion du présent contrat et au respect de ses obligations légales.

Les Données Personnelles pourront être communiquées aux prestataires de La Mutuelle Générale afin d'assurer la gestion et l'exécution du présent contrat et notamment aux opérateurs de tiers payant, réseaux de soins, et autres opérateurs de services.

La Mutuelle Générale est susceptible d'utiliser les Données Personnelles afin de proposer des produits et services adaptés aux besoins des personnes concernées.

La Mutuelle Générale prend toutes les mesures de sécurité nécessaires afin de protéger les Données Personnelles contre toute violation de ces données.

Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données, la personne concernée dispose pour ses Données Personnelles :

- d'un droit d'accès et de communication ;
- d'un droit de rectification avec possibilité de compléter et de mettre à jour ;
- d'un droit de suppression des données le concernant ;
- d'un droit à la limitation ;
- d'un droit à la portabilité ;
- d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes.

La personne concernée peut exercer ses droits, en joignant obligatoirement à sa demande une copie d'un titre d'identité :

- soit par voie postale, au Secrétariat Général de La Mutuelle Générale 1-11 rue Brillat-Savarin - CS 21363 - 75634 PARIS Cedex 13,
- soit par courrier électronique, auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) : mesdonnees@lamutuellegenerale.fr

La CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) est compétente en cas de réclamation relative aux dispositions du présent article.

1.15 • AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément au Code de la mutualité, La Mutuelle Générale est soumise au contrôle de **l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.**

2 > LA GARANTIE SANTÉ

La garantie Santé s'inscrit dans le cadre du contrat « solidaire et responsable » dont l'intégralité du socle minimum de prise en charge bénéficie du tiers payant.

Le contrat respecte les obligations et interdictions de prise en charge prévues aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 872-2 du Code de la Sécurité sociale. En cas de contradiction entre ces règles et celles prévues par le présent contrat, les règles du contrat responsable prévaudront.

La garantie Santé vient en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire, calculée en fonction de l'état de la législation en vigueur à la date d'effet du contrat *advengo santé II*. En cas de baisse des prestations des régimes d'assurance maladie obligatoire, les engagements de La Mutuelle Générale ne pourront en aucun cas s'en trouver aggravés.

2.1 • CHOIX DU NIVEAU DE GARANTIE

La garantie Santé est composée de trois (3) modules de soins :

- Soins courants,
- Optique Dentaire Acoustique et autres Appareillages
- Hospitalisation.

L'Adhérent a le choix entre cinq (5) niveaux de garantie. Les niveaux des trois (3) modules doivent être strictement identiques entre eux.

Tous les membres d'une même famille, c'est-à-dire l'Adhérent et tous ses ayants droit, doivent souscrire le même niveau de garantie.

2.2 • MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIE

En cours d'adhésion, l'Adhérent peut modifier à la hausse ou à la baisse, le niveau de sa garantie Santé. La modification ne peut s'effectuer qu'à la date anniversaire de prise d'effet des garanties. La demande doit parvenir par écrit à La Mutuelle Générale au plus tard deux (2) mois avant sa prise d'effet.

La cotisation applicable à la demande de modification de niveau de garantie tient compte de l'âge des Bénéficiaires à la date d'effet de la modification du niveau de garantie.

En cas de changement du niveau de garantie, pour tout soin prescrit avant la date d'effet de la modification, les Bénéficiaires bénéficient des prestations du niveau de garantie auquel ils étaient précédemment inscrits.

En cas de modification du niveau de garantie, la majoration du plafond global (bonus fidélité) ne s'applique qu'à compter du premier jour du vingt-cinquième (25^e) mois d'ancienneté dans le niveau de la garantie Santé.

La modification du niveau de la garantie Santé de l'Adhérent entraîne les mêmes modifications pour tous ses ayants droit.

2.3 • ÉTENDUE TERRITORIALE

Le remboursement des soins effectués à l'étranger est subordonné à la prise en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire français. Toute demande de remboursement est traitée à partir du décompte du régime obligatoire français et d'une facture détaillée mentionnant les actes dispensés traduits en français et le montant de la part laissée à la charge du Bénéficiaire exprimé en euros.

2.4 • DÉFINITIONS MODULE « SOINS COURANTS »

Auxiliaires médicaux

Actes effectués par des infirmiers, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues remboursés par le Régime Obligatoire.

Honoraires médicaux

Ensemble des actes pratiqués par les médecins généralistes et spécialistes y compris les stomatologistes et les actes de radiologie.

La participation forfaitaire de 18 euros instaurée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale est prise en charge par la garantie Santé.

Ostéopathie, chiropraxie, réflexologie, sophrologie, phytothérapie, pédicurie et podologie

Séances effectuées par des ostéopathes, chiropracteurs, réflexologues, sophrologues, phytothérapeutes et pédicures-podologues non remboursés par le Régime Obligatoire.

Petites fournitures

Frais engagés pour l'achat de petites fournitures définies au Titre I de la Liste des Produits et Prestations Remboursables ainsi que les semelles orthopédiques et le matériel d'amblyopie.

Psychologue

Séances effectuées par des psychologues et uniquement pour les enfants de moins de 14 ans.

Séances diététique

Consultations effectuées par des diététiciens diplômés.

Substituts nicotiques

Substituts nicotiques et médicaments pris en charge par un régime d'assurance maladie, à compter du deuxième (2^e) mois de traitement.

Vaccin antigrippal

Vaccin autorisé dans le cadre de la campagne de prévention de la Sécurité sociale.

2.5 • DÉFINITIONS MODULE « OPTIQUE DENTAIRE, ACOUSTIQUE ET AUTRES APPAREILLAGES »

Optique

Forfait optique

Le montant des prestations du Forfait verre et du Forfait monture est fonction de l'âge du Bénéficiaire (adulte, enfant) et est limité au montant indiqué dans le tableau des garanties figurant dans la demande d'adhésion.

Le Forfait inclut la prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur (100 % TM). La part du remboursement supérieure au montant du ticket modérateur est limitée à un équipement optique tous les 2 ans.

Est considéré comme enfant tout Bénéficiaire jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 18 ans.

Verres et Monture

Une paire de lunettes est constituée d'une monture et de deux verres.

Supplément d'optique

Pour les Bénéficiaires adultes et enfants : prisme incorporé quelle que soit la puissance, système antiptosis, filtre chromatique ou ultraviolet, verres iséiconiques, supplément pour sphère > à 20 dioptries.

Pour les Bénéficiaires enfants avant leur sixième (6^e) anniversaire : filtre d'occlusion partielle, prisme souple, supplément pour monture de lunettes à coque.

Les suppléments d'optique sont intégrés dans le forfait verre.

Limite de la garantie optique

Le remboursement est limité à une paire de lunettes tous les 2 ans pour les adultes et une paire de lunettes par an pour les enfants jusqu'au 31 décembre de leurs 18 ans. Dans tous les cas, la limitation à une paire tous les 2 ans ne s'applique pas :

- en cas d'évolution de la vue, sur justificatif de l'opticien ou de l'ophtalmologue, dans ce cas, le remboursement est limité à une paire de lunettes par an;
- en cas de prescription à la même date d'une paire de lunettes pour la vision de près et d'une paire de lunettes pour la vision de loin.

La période de 12 ou 24 mois s'appréciera à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (de la 1^{re} partie d'équipement en cas d'équipement partiel). Lorsqu'un Adhérent effectue des demandes de remboursement de son équipement optique en deux temps (d'une part la monture et d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

Bonus fidélité Forfait verres

Quel que soit le niveau de la garantie choisi, les remboursements effectués au titre de ces garanties sont limités à un plafond global par Bénéficiaire les vingt-quatre (24) premiers mois d'ancienneté dans le niveau de garantie. Ce plafond est majoré à compter du premier jour du vingt-cinquième (25^e) mois d'ancienneté dans le niveau de garantie.

Lentilles

Lentilles acceptées ou refusées par le Régime Obligatoire (y compris les lentilles jetables) dans la limite d'un forfait par Année d'assurance indiqué dans le tableau des garanties figurant sur la demande d'adhésion.

Chirurgie réfractive

Chirurgie de la cornée par laser ou chirurgie par pose d'implant intra-oculaire à but réfractif, non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, à l'exclusion de la pose d'implant intra-oculaire pour le traitement chirurgical de la cataracte et de la chirurgie réfractive de l'œil prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Dentaire

Autres prothèses dentaires

Prothèses dentaires prises en charge par le Régime Obligatoire autres que Prothèses dentaires fixes, Prothèses dentaires mobiles ou inlays core.

Bridges

Appareil de prothèse dentaire servant à remplacer une ou plusieurs dents absentes, en s'appuyant sur les dents adjacentes.

Implants

Racine artificielle en titane ou en céramique introduite dans l'os maxillaire au cours d'une intervention chirurgicale, non pris en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire.

Inlay core

Acte qui permet de reconstituer un faux moignon pour pouvoir poser une prothèse dentaire. L'inlay core est assimilé à une prothèse dentaire.

Inlay/onlay

Le recours à l'inlay/onlay permet en cas de caries importantes de garder la dent vivante et d'éviter la pose d'une couronne. Les inlays/onlays ne sont pas considérés comme des prothèses dentaires à la différence des inlays core.

Orthodontie

Orthopédie dento-faciale visant à corriger les dysmorphoses, pris en charge par le Régime Obligatoire.

La prise en charge est limitée à six (6) semestres pour le traitement initial d'orthodontie, puis à deux (2) semestres supplémentaires et à deux (2) années de contention.

Les réparations, le remplacement ou la perte d'appareils sont compris dans le forfait orthodontie garanti et ne donnent pas lieu à un remboursement supplémentaire.

Prise d'empreinte

La prise d'empreinte et tous les actes préalables au traitement d'orthodontie sont remboursés au titre des actes dentaires pris en charge par le Régime Obligatoire.

Prothèses dentaires fixes

Couronne, bridge et dent à tenons.

Prothèses dentaires mobiles

Intermédiaire de bridge, appareil dentaire partiel ou complet, plaque base métallique, contreplaque couronne sur implant, appareil provisoire pris en charge par le Régime Obligatoire.

Plafonds dentaires :

- Un plafond global regroupant les Prothèses fixes, les autres prothèses et les Bridges
- Un plafond global regroupant l'ensemble des Prothèses dentaires mobiles

Les remboursements sont limités aux plafonds prévus dans le tableau de garanties, par année d'assurance et par bénéficiaire.

Bonus fidélité :

Les plafonds de garanties mentionnés ci-dessus sont majorés à compter du premier jour du vingt-cinquième (25^e) mois d'ancienneté dans le niveau de garantie.

Appareillage**Acoustique**

Achat, entretien et réparation des appareils auditifs médicalement prescrits et pris en charge par le Régime Obligatoire.

Autres appareillages

Prothèses et appareillages médicaux inscrits aux titres II, III et IV de la Liste des Produits et Prestations remboursables, à l'exception des semelles orthopédiques, des appareils correcteurs de la surdité ainsi que du matériel d'optique et d'amblyopie définis ci-dessus.

2.6 • DÉFINITIONS MODULE « HOSPITALISATION »**Chambre particulière de nuit**

Supplément facturé, pour tout séjour d'au moins une nuit, par l'établissement hospitalier pour une chambre particulière demandée par le Bénéficiaire.

Le remboursement de la chambre particulière en secteur psychiatrique est limité à trente (30) jours par année civile.

Chambre particulière de jour

Supplément facturé, pour tout séjour ne donnant pas lieu à une nuitée. La sortie du patient s'effectue le jour même de son entrée dans l'établissement hospitalier.

Frais de séjour

Prix de la pension dans le cadre d'une hospitalisation.

Frais d'accompagnement

Frais engagés par l'accompagnant dans l'établissement hospitalier ou la « Maison des parents » durant l'hospitalisation d'un ayant droit de moins de 16 ans.

Forfait journalier

Somme forfaitaire journalière laissée à la charge de la personne hospitalisée et non remboursée par le Régime Obligatoire (loi n° 83-25 du 19 janvier 1983).

Le forfait journalier est sans limitation de durée. Le forfait journalier facturé dans le cadre d'un séjour au sein d'établissements médico-sociaux n'est pas remboursé.

Honoraires

La participation forfaitaire de 18 euros instaurée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale est prise en charge par la garantie Santé.

Hospitalisation

Séjour dans un établissement hospitalier de court séjour ou de soins de suite et de réadaptation, public ou privé, agréé par le Ministère de la Santé.

L'hospitalisation de jour et l'hospitalisation à domicile sont prises en charge.

2.7 • DÉLAI D'ATTENTE

Toutes les garanties du module « Hospitalisation », quel que soit le niveau de garantie choisi pour le module « Hospitalisation », sont soumises à un Délai d'attente de trois (3) mois. Ce délai se calcule à partir de la date d'effet des garanties mentionnée dans le Certificat d'adhésion.

Conformément aux dispositions du contrat responsable, le ticket modérateur est couvert pendant ce délai.

Toutefois, ce Délai d'attente ne s'applique pas :

- 1° pour le forfait journalier ;
- 2° en cas d'Accident ;
- 3° pour les Adhérents justifiant avoir été couverts par des garanties au moins équivalentes dans les trois (3) mois précédant leur adhésion sur présentation du certificat de radiation ou d'un autre justificatif ;
- 4° pour les nouveau-nés ou les enfants mineurs adoptés, à condition que la demande d'inscription comme ayant droit à *advengo santé II* soit effectuée dans les douze (12) mois suivant la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

2.8 • EXCLUSIONS

En dehors du ticket modérateur qui est systématiquement pris en charge, ne sont pas pris en charge :

- les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire sauf mention contraire prévue dans les tableaux de garanties ;
- la visite du médecin au domicile du patient lorsqu'elle répond à une exigence particulière du malade, sans être justifiée par des conditions médico-administratives et cliniques ou socioenvironnementales, la majoration du tarif fixée par le Régime Obligatoire ;
- les actes dispensés au cours d'un séjour en thalassothérapie ;
- les étuis de lunettes, les lunettes de soleil, les produits d'entretien et les cordons de lunettes ;

- les centres de rééducation professionnelle ;
- les hôpitaux thermaux et sections thermales des établissements publics ;
- les instituts médico-pédagogiques ;
- les instituts médico-pédagogiques professionnels ;
- les centres d'aide par le travail ;
- les centres médico-pédagogiques ;
- les établissements de long séjour et les sections de long séjour ;
- les maisons d'enfants à caractère sanitaire (hormis le forfait journalier) ;
- les maisons d'accueil spécialisées ;
- les établissements pour personnes âgées dépendantes (maison de retraite, établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes services de soins infirmiers à domicile...);
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non consécutifs à un Accident.

Les exclusions de garanties décrites ci-dessus ne sont pas appliquées aux obligations de prise en charge posées à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties du présent contrat dit « responsable » ne couvrent pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- la participation forfaitaire et la franchise annuelle mentionnées respectivement au II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- les pénalités résultant du non-respect du Parcours de soins :
 - la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

De plus, ne sont pas pris en charge les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties.

3 > LA GARANTIE ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION

Allocation journalière versée à compter de la deuxième (2^e) nuit d'hospitalisation pour chaque séjour en établissement hospitalier public ou privé agréé par le Ministère de la Santé.

3.1 • CHOIX DE LA GARANTIE

La garantie Allocation Journalière d'hospitalisation est optionnelle et ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Santé. Le montant de l'allocation journalière est fonction du niveau choisi pour le module « Hospitalisation » et est précisé sur la demande d'adhésion.

Si l'Adhérent souscrit cette garantie optionnelle, tous ses ayants droit sont également garantis pour le même montant.

Toutefois, l'Adhérent peut demander que l'ensemble des ayants droit mineurs ne soit pas garanti.

3.2 • MODIFICATION DE LA GARANTIE

Toute modification de niveau du module « Hospitalisation » entraîne la modification du montant de la garantie Allocation Journalière d'hospitalisation.

3.3 • RENONCIATION À LA GARANTIE

En cours d'adhésion, l'Adhérent peut renoncer à la garantie Allocation Journalière d'hospitalisation. Toute demande de suppression de la garantie Allocation Journalière d'hospitalisation ne peut s'effectuer qu'à l'issue d'une année d'assurance. La demande de suppression doit parvenir par écrit à La Mutuelle Générale au plus tard deux (2) mois avant sa prise d'effet.

Lorsque l'Adhérent renonce à la garantie Allocation Journalière d'hospitalisation en cours d'adhésion, cette renonciation vaut également pour l'ensemble de ses ayants droit.

3.4 • HOSPITALISATIONS OUVRANT DROIT AU VERSEMENT DE L'ALLOCATION

L'hospitalisation doit être médicalement prescrite et prise en charge par le Régime Obligatoire.

Ne donnent pas droit au versement de l'Allocation Journalière d'hospitalisation :

- les hospitalisations de jour ;
- les hospitalisations à domicile ;
- les séjours en instituts médico-pédagogiques et en centres de rééducation professionnelle ;
- les hospitalisations en secteur psychiatrique ;
- les séjours en établissements de réadaptation ou de rééducation fonctionnelle, en centres hospitaliers dits de « moyen séjour », en établissements de soins palliatifs, en centres de lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires ;
- les séjours en service de gériatrie, de gériatrie ou de tout établissement de « long séjour » pour personnes âgées, y compris les maisons de retraite, cures thermales et autres cures ;
- les hospitalisations à but esthétique non consécutives à un Accident, et de rajeunissement.

3.5 • DÉLAI D'ATTENTE

La garantie Allocation Journalière d'hospitalisation est soumise à un Délai d'attente de trois (3) mois. Ce Délai se calcule à partir de la date d'effet de la garantie mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Il s'applique également si la garantie Allocation Journalière d'hospitalisation est souscrite en cours d'adhésion.

Toutefois, ce Délai d'attente ne s'applique pas :

- 1° en cas d'Accident ;
- 2° pour les Adhérents justifiant avoir été couverts par des garanties au moins équivalentes dans les trois (3) mois précédant leur adhésion sur présentation de justificatifs ;
- 3° pour les nouveau-nés ou les enfants mineurs adoptés, à condition que la demande d'inscription comme ayant droit à *advengo santé* II soit effectuée dans les douze (12) mois suivant la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

4 > TABLEAUX DE GARANTIES

Les tableaux de garanties indiquent les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'Adhérent ayant respecté le parcours de soins instauré par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie sous réserve notamment d'éventuelles variations dans la prise en charge des frais de santé par le Régime Obligatoire. Les remboursements sont effectués dans la limite des frais réellement engagés. **Les remboursements exprimés en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement.**

Conformément aux dispositions relatives au contrat responsable (décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014), votre garantie couvre au minimum le Ticket Modérateur laissé à votre charge par le Régime Obligatoire sur tous les actes qu'elle rembourse (sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie), voire au-delà lorsque stipulé aux tableaux de garanties ci-dessous.

Lorsque le montant maximal de remboursement par Bénéficiaire et par Année d'assurance est exprimé en euros et qu'il n'a pas été atteint au terme de l'Année d'assurance, le reliquat n'est pas reporté l'année suivante.

Les prestations sont exprimées en Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et comprennent celles du Régime Obligatoire et de La Mutuelle Générale. Lorsque les prestations sont exprimées en euros, elles s'additionnent à celles du Régime Obligatoire.

SOINS COURANTS

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Honoraires médicaux des médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	150 % BR	220 % BR	300 % BR	400 % BR
Honoraires médicaux des médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Pharmacie et honoraires de dispensation	100 % BR				
Petites fournitures (dont semelles orthopédiques et matériel d'amblyopie)	100 % BR	100 % BR	115 % BR	115 % BR	125 % BR
Analyses médicales, Auxiliaires médicaux	100 % BR				
Frais de transport pris en charge par le Régime Obligatoire	100 % BR				
Ostéopathie, Chiropraxie, Réflexologie, Sophrologie, Phytothérapie, Pédicurie et Podologie non remboursées par le Régime Obligatoire	néant	90 €/an	120 €/an	150 €/an	180 €/an
Vaccin antigrippal	Frais réels				
Séance diététique	néant	90 €/an	120 €/an	150 €/an	180 €/an
Psychologue pour les enfants de moins de 14 ans (3 séances par an)	néant	30 €/séance	40 €/séance	50 €/séance	60 €/séance
Substituts nicotiniques (1)	néant	50 €/an	50 €/an	100 €/an	150 €/an

OPTIQUE - DENTAIRE - ACOUSTIQUE ET AUTRES APPAREILLAGES

> OPTIQUE(2)

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Adulte					
Verre simple (dont supplément d'optique remboursé)					
Années 1 à 2	50 €	70 €	90 €	110 €	140 €
Années 3 et suivantes Bonus fidélité	60 €	80 €	100 €	120 €	160 €
Verre complexe et hypercomplexe (dont supplément d'optique remboursé)					
Années 1 à 2	90 €	130 €	175 €	220 €	265 €
Années 3 et suivantes Bonus fidélité	110 €	150 €	195 €	240 €	285 €
Monture	60 €	75 €	90 €	105 €	150 €
Enfant					
Verre simple (dont supplément d'optique remboursé)					
Années 1 à 2	50 €	65 €	80 €	95 €	115 €
Années 3 et suivantes Bonus fidélité	60 €	75 €	90 €	105 €	130 €
Verre complexe et hypercomplexe (dont supplément d'optique remboursé)					
Années 1 à 2	90 €	120 €	160 €	200 €	240 €
Années 3 et suivantes Bonus fidélité	110 €	135 €	175 €	215 €	255 €
Monture	40 €	55 €	70 €	85 €	130 €
Lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire	100 % BR + 50 €/an	100 % BR + 100 €/an	100 % BR + 150 €/an	100 % BR + 200 €/an	100 % BR + 250 €/an
Lentilles non prises en charge par le Régime Obligatoire	50 €/an	130 €/an	180 €/an	230 €/an	280 €/an
Chirurgie réfractive de l'œil	150 €/œil	250 €/œil	350 €/œil	450 €/œil	600 €/œil

* Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée: OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

** La prise en charge de cette garantie entrera en vigueur à compter du 1^{er} avril 2019.

(1) 25 € ou 50 € par mois pendant 2 mois sur prescription, pour un traitement de 3 mois en fonction du niveau de garanties choisi.

(2) Optique: les forfaits incluent la prise en charge de l'intégralité du Ticket Modérateur (100 % du TM). Le remboursement est limité à une paire de lunettes tous les 2 ans pour les adultes et une paire de lunettes par an pour les enfants jusqu'au 31 décembre de leurs 18 ans. Dans tous les cas, la limitation à une paire tous les 2 ans ne s'applique pas: en cas d'évolution de la vue, sur justificatif de l'opticien ou de l'ophtalmologue, auquel cas la prise en charge est annuelle et en cas de prescription à la même date d'une paire de lunettes pour la vision de près et d'une paire de lunettes pour la vision de loin.

La période de 24 mois s'appréciera à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (de la 1^{re} partie d'équipement en cas d'équipement partiel). Lorsqu'un assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement optique en deux temps (d'une part la monture et d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique: elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

> DENTAIRE

Votre garantie couvre au minimum le Ticket Modérateur laissé à votre charge par le Régime Obligatoire sur les actes qu'elle rembourse, sans limite en montant ou nombre d'actes. Lorsque votre garantie prévoit d'aller au-delà, votre remboursement s'applique dans la limite des frais réellement engagés, et des niveaux et plafonds prévus au tableau de garanties ci-dessous.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Actes dentaires pris en charge par le Régime Obligatoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay/onlay	100 % BR + 50 €/dent	100 % BR + 100 €/dent	100 % BR + 125 €/dent	100 % BR + 150 €/dent	100 % BR + 250 €/dent
Bridges (3)					
Années 1 à 2	450 €	1 020 €	1 200 €	1 440 €	1 620 €
Années 3 et suivantes Bonus fidélité	600 €	1 230 €	1 410 €	1 650 €	1 830 €
Prothèses fixes et Inlay core (3) (dont autres prothèses)					
Années 1 à 2	150 €	340 €	400 €	480 €	540 €
Années 3 et suivantes Bonus fidélité	200 €	410 €	470 €	550 €	610 €
Prothèses transitoires prises en charge par la Sécurité sociale **					
	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses mobiles					
Années 1 à 2	150 €/an	300 €/an	400 €/an	500 €/an	680 €/an
Années 3 et suivantes Bonus fidélité	200 €/an	350 €/an	450 €/an	570 €/an	750 €/an
Implants	100 €/an	250 €/an	400 €/an	550 €/an	900 €/an
Orthodontie prise en charge par le Régime Obligatoire (4)	150 €/semestre	250 €/semestre	350 €/semestre	450 €/semestre	600 €/semestre

> ACOUSTIQUE ET AUTRES APPAREILLAGES

Votre garantie couvre au minimum le Ticket Modérateur laissé à votre charge par le Régime Obligatoire sur les actes qu'elle rembourse, sans limite en montant ou nombre d'actes. Lorsque votre garantie prévoit d'aller au-delà, votre remboursement s'applique dans la limite des frais réellement engagés, et des niveaux et plafonds prévus au tableau de garanties ci-dessous.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Pour les enfants et les jeunes de 2 ans à 20 ans et pour les personnes, quel que soit leur âge, qui souffrent d'un déficit auditif et de cécité					
Achat par oreille	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Entretien	100 % BR				
Pour les adultes de plus de 20 ans					
Achat par oreille	150 €	300 €	500 €	700 €	900 €
Entretien	100 €/an	125 €/an	150 €/an	175 €/an	200 €/an
Autre appareillage pris en charge par le Régime Obligatoire	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	175 % BR

HOSPITALISATION

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Frais de séjour	100 % BR				
Honoraires pris en charge par le Régime Obligatoire des médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
Honoraires pris en charge par le Régime Obligatoire des médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Chambre particulière de nuit - limitée à 30 jours/an en psychiatrie	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	100 €/jour
Chambre particulière de jour	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	35 €/jour	50 €/jour
Forfait journalier illimité (5)	Frais réels				
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	20 €/jour	30 €/jour	35 €/jour	40 €/jour	50 €/jour
Allocation journalière d'hospitalisation (en option)	20 €/jour	30 €/jour	45 €/jour	50 €/jour	60 €/jour

Verres simples : verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

Verres complexes : verres à simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.

Verres hypercomplexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

(3) Bridges, prothèses fixes et Inlay core dans la limite d'un plafond annuel global :

- pour le niveau 1 : 450 € les 1^{re} et 2^e années d'adhésion et 600 € à partir de la 3^e année d'adhésion - Bonus fidélité

- pour le niveau 2 : 1 020 € les 1^{re} et 2^e années d'adhésion et 1 230 € à partir de la 3^e année d'adhésion - Bonus fidélité

- pour le niveau 3 : 1 200 € les 1^{re} et 2^e années d'adhésion et 1 410 € à partir de la 3^e année d'adhésion - Bonus fidélité

- pour le niveau 4 : 1 440 € les 1^{re} et 2^e années d'adhésion et 1 650 € à partir de la 3^e année d'adhésion - Bonus fidélité

- pour le niveau 5 : 1 620 € les 1^{re} et 2^e années d'adhésion et 1 830 € à partir de la 3^e année d'adhésion - Bonus fidélité

À partir du 1^{er} avril 2019, le plafond est limité à 230 € pour les prothèses fixes et inlay core (code HBLD090)

et dans la limite de 60 € pour les prothèses transitoires (code HBLD490).

Le ticket modérateur est systématiquement pris en charge et non comptabilisé dans ce plafond.

(4) Limitation à 6 semestres pour le traitement initial puis 2 semestres supplémentaires et à 2 années de contention.

(5) N'est pas remboursé : le forfait journalier facturé dans le cadre d'un séjour au sein d'établissements médico-sociaux.

5 > MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ

Les demandes de remboursement doivent, pour un traitement rapide, être transmises au Centre de gestion de La Mutuelle Générale, de préférence dans les six (6) mois qui suivent le paiement par un régime d'assurance maladie obligatoire, ou suivant la facturation pour les actes non pris en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire.

Au-delà du délai de prescription de deux (2) ans prévu par le Code de la mutualité, aucun remboursement ne sera accepté.

Les frais liés à la production des pièces justificatives sont à la charge de l'Adhérent.

5.1 • REMBOURSEMENTS

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989, les remboursements ou les indemnités de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'assureur de son choix.

Le remboursement est effectué selon le niveau choisi, conformément au tableau des garanties figurant sur la demande d'adhésion.

Les limites de remboursement exprimées par an s'entendent par Année d'assurance.

Les limites de remboursements sont calculées par Bénéficiaire.

Pour les affections prises en charge à 100 % par le Régime Obligatoire, la garantie intervient au-delà du ticket modérateur dans la limite du tableau de garantie figurant sur la demande d'adhésion. Les prestations forfaitaires sont dues intégralement.

Les prestations exprimées en pourcentage sont calculées sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale en vigueur à la date des soins.

Pour être remboursés, les frais médicaux et chirurgicaux doivent être :

- expressément prévus dans la formule de garantie mentionnée sur le Certificat d'adhésion en vigueur à la date des soins ;
- prescrits par une autorité médicale qualifiée ;
- effectués pendant la période de garantie ;
- pris en charge par le Régime Obligatoire sauf cas expressément indiqués dans les tableaux de garanties.

5.2 • PIÈCES JUSTIFICATIVES

Vous devez adresser au Centre de gestion dans les meilleurs délais, les pièces indiquées ci-dessous.

- Soins remboursés par le Régime Obligatoire :
 - les originaux des décomptes sauf dans le cas de télétransmission avec votre caisse de Régime Obligatoire (NOÉMIE),
 - les factures acquittées et détaillées ;

- Soins non remboursés par le Régime Obligatoire :
 - la prescription médicale,
 - les factures acquittées et détaillées ;

- Hospitalisation :
 - le bulletin d'hospitalisation,
 - les factures acquittées et détaillées.

Pour bénéficier de l'avance des frais liés à une hospitalisation, il faut en faire la demande auprès de votre Centre de gestion ;

- Allocation Journalière d'hospitalisation :
 - le bulletin de séjour ou les factures détaillées.

5.3- CONTRÔLE

La Mutuelle Générale peut faire procéder à tous contrôles, visites médicales et enquêtes qu'elle jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du versement des prestations.

Les contrôles pourront être réalisés, même après résiliation du contrat tant que La Mutuelle Générale verse des prestations.

Le versement des prestations peut être refusé ou suspendu si l'Adhérent s'oppose à ces contrôles, refuse de fournir les pièces justificatives ou s'il est constaté que les pièces communiquées sont erronées ou falsifiées.

5.3.1 Contrôle médical

Dans le cadre du contrôle médical, La Mutuelle Générale mandate un médecin à cet effet afin de pouvoir constater la réalité de l'état de santé de l'Adhérent.

L'Adhérent s'engage à permettre l'accès à son domicile ou de son lieu de traitement en cas de visite de contrôle. Des examens complémentaires pourront être effectués à la demande du médecin mandaté.

Les honoraires du médecin chargé du contrôle sont supportés par La Mutuelle Générale.

En cas de contestation médicale, l'Adhérent pourra désigner un médecin afin que celui-ci et le médecin conseil de La Mutuelle Générale recherchent une position commune en vue de déterminer si l'état de santé de l'Adhérent répond aux conditions de versement des prestations prévues au contrat.

A défaut d'accord, La Mutuelle Générale invitera son médecin conseil et le médecin de l'Adhérent à désigner un médecin tiers-expert, lequel émettra un avis. À défaut d'entente, la désignation sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent. L'accord éventuel des parties sur l'avis du médecin tiers-expert sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

5.3.2 Contrôle administratif

La Mutuelle Générale peut également, à tout moment, effectuer elle-même les enquêtes et contrôles administratifs qu'elle estime utiles, indépendamment de la prise en charge de l'Adhérent par la Sécurité sociale ou de tout autre organisme.

Il est précisé que l'envoi de pièces justificatives erronées ou falsifiées dont l'objectif est d'obtenir le paiement de prestations pourra donner lieu à l'engagement de poursuites judiciaires par La Mutuelle Générale à l'encontre de l'Adhérent.

6 > LES COTISATIONS

6.1 • COTISATION DE LA GARANTIE SANTÉ

La cotisation est fonction du Régime Obligatoire de chaque Bénéficiaire, du niveau de la garantie, de l'âge de chaque Bénéficiaire (en cours d'adhésion, la cotisation évolue en fonction de cet âge), du département de résidence de l'Adhèrent.

L'âge est calculé par différence de millésime, c'est-à-dire par différence entre l'année d'effet de la garantie et l'année de naissance du Bénéficiaire.

Pour le troisième (3^e) enfant inscrit en qualité d'ayant droit et les suivants, la cotisation est gratuite jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 17 ans.

6.2 • COTISATION DE LA GARANTIE ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION

La cotisation est fonction du montant de l'Allocation Journalière d'hospitalisation et de l'âge de chaque Bénéficiaire (en cours d'adhésion, la cotisation évolue en fonction de cet âge).

L'âge est calculé par différence de millésime, c'est-à-dire par différence entre l'année d'effet de la garantie et l'année de naissance du Bénéficiaire.

Pour le troisième (3^e) enfant inscrit en qualité d'ayant droit et les suivants, la cotisation est gratuite jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 17 ans.

6.3 • PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.

Dans le cas d'un règlement mensuel, la cotisation est payable obligatoirement par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal.

Les cotisations peuvent être réglées par chèque uniquement en cas de paiement annuel.

6.4 • EXONÉRATION DE COTISATION EN CAS DE DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

En cas de décès de l'Adhèrent, les ayants droit bénéficient du maintien des garanties avec exonération du paiement des cotisations durant les deux (2) mois qui suivent le décès.

Pendant cette période, les ayants droit n'ont pas la possibilité de modifier les garanties Santé et Allocation Journalière d'hospitalisation à la hausse ou d'affilier de nouveaux ayants droit à l'exception des nouveau-nés et/ou enfants adoptés si l'inscription intervient dans les trois (3) mois qui suivent la naissance ou l'adoption.

6.5 • EXONÉRATION DE COTISATION POUR TOUT NOUVEAU-NÉ OU ENFANT ADOPTÉ

Les six (6) premiers mois de cotisation sont gratuits pour tout nouveau-né ou enfant adopté à condition d'être inscrit comme ayant droit au contrat *advengo santé II* dans les trois (3) mois qui suivent sa naissance ou son adoption.

6.6 • VARIATIONS DES COTISATIONS

Outre l'évolution en fonction de l'âge, les cotisations peuvent évoluer en fonction de la variation du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) et des résultats techniques du contrat collectif *advengo santé II*.

De même, les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes d'assurance maladie obligatoire ou de la législation fiscale ou sociale.

6.7 • CHANGEMENT GÉNÉRANT UNE MODIFICATION DE LA COTISATION EN COURS D'ANNÉE

L'Adhèrent doit informer La Mutuelle Générale dans le mois qui suit tout changement générateur d'une modification de la cotisation :

- changement de département de résidence de l'Adhèrent;
- changement de régime d'assurance maladie obligatoire de l'Adhèrent ou de tout ayant droit.

6.8 • SANCTION EN CAS DE NON-PAIEMENT DE LA COTISATION

En cas de non-paiement de la cotisation ou de la fraction de cotisation appelée dans les dix (10) jours de son échéance, l'Adhèrent est informé par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu, qu'à défaut de règlement dans les quarante (40) jours qui suivent l'envoi de cette mise en demeure, il est exclu du groupe assuré ainsi que ses ayants droit en application de l'article L. 221-8 II du Code de la mutualité.

À compter de l'exclusion du groupe, les garanties prennent fin et les dépenses afférentes à des soins prescrits ou effectués ne sont pas remboursées.

7 > LA VIE DE L'ADHÉSION

7.1 • CHANGEMENT DE SITUATION DES BÉNÉFICIAIRES

L'Adhérent doit informer La Mutuelle Générale, au plus tard dans le mois suivant l'événement, de tout changement dans la situation d'un Bénéficiaire des prestations :

- changement d'adresse (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ;
- changement de coordonnées bancaires ;
- modification de la composition familiale, notamment naissance, mariage, décès ;
- perte de la qualité d'ayant droit ;
- changement de numéro de Sécurité sociale, changement de caisse primaire d'assurance maladie ou de centre de paiement.

En cas d'éligibilité à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), l'Adhérent peut modifier son contrat afin de basculer sur l'offre prévue à cet effet.

7.2 • TERME DES GARANTIES

7.2.1. Résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Adhérent

L'adhésion prend fin en cas de résiliation notifiée à La Mutuelle Générale par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique au moins deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année en cours.

Aucune résiliation ne peut être acceptée en cours d'année, sauf dans les cas visés ci-après :

- si l'Adhérent apporte la preuve qu'un accord d'entreprise ou une convention collective impose son affiliation obligatoire à un autre organisme. Dans ce cas, la résiliation de l'adhésion sera effective au premier (1^{er}) jour du mois qui suit la réception de la demande écrite et justifiée ;
- en cas de modification de ses droits et obligations, l'Adhérent dispose d'une faculté de résiliation dans les conditions définies à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité ;
- en cas de cessation de l'activité professionnelle non salariée non agricole, sauf lorsque cette cessation coïncide avec la liquidation de la pension du régime de retraite de base (dans ce cas, l'Adhérent conserve la garantie mais ne pourra plus bénéficier de la déductibilité fiscale prévue par l'article 154 bis du Code général des impôts). La résiliation de l'adhésion sera effective au premier (1^{er}) jour du mois qui suit la réception de la demande écrite et justifiée ;

- en cas de modification de la cotisation résultant de la survenance d'un des événements suivants :
 - changement de régime obligatoire,
 - changement du département de résidence de l'Adhérent.

La résiliation de l'adhésion doit être notifiée à La Mutuelle Générale par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique dans le mois suivant la date de déclaration figurant sur le Certificat d'adhésion correctif. La résiliation prendra effet un (1) mois après réception de la demande de résiliation.

7.2.2. Résiliation de l'adhésion à l'initiative de La Mutuelle Générale

L'adhésion est résiliée dans les cas suivants :

- non-paiement des cotisations ;
- démission par l'Adhérent de l'ANACCS, dans ce cas l'adhésion prend automatiquement fin à la date de prise d'effet de la démission.

Le terme des garanties entraîne purement et simplement la cessation immédiate des droits pour l'Adhérent et ses ayants droit.

ASSISTANCE

PRÉAMBULE

La notice d'assistance présentée ci-après propose des garanties d'assistance à domicile **aux Bénéficiaires du contrat advengo santé II et membres participants de La Mutuelle Générale.**

LES GARANTIES D'ASSISTANCE sont applicables pour faire face aux multiples difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans leur vie quotidienne. Ces garanties viennent compléter la solidarité naturelle de la structure familiale.

Les garanties d'assistance sont assurées par **IMA ASSURANCES**, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris | CS 40000 | 79033 NIORT CEDEX 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest | CS 92459 | 75436 Paris Cedex 09.

IMA ASSURANCES **intervient 24 h/24, 7 j/7**
à la suite d'appels émanant des Bénéficiaires au numéro suivant :

0 800 006 102

Service & appel
gratuits

ou

+ 33 (0)5 49 34 82 49 depuis l'étranger

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	24
DÉFINITIONS	27
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	28
Territorialité	28
Pièces justificatives	28
1 > CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES ASSISTANCE A DOMICILE	29
1.1 Faits générateurs	29
1.2 Intervention	29
2 > GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION	30
2.1 Écoute, information	30
2.2 Informations juridiques	30
2.3 Soutien psychologique	30
2.4 Mise en relation avec un prestataire	30
3 > GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE	31
3.1 Aide à domicile	31
3.2 Services de proximité	31
3.3 Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)	31
3.4 Conduite à l'école	32
3.5 Prise en charge des ascendants	32
4 > GARANTIES EN CAS DE MATERNITÉ	33
4.1 Aide à domicile	33
4.2 Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)	33
4.3 Conduite à l'école	33
4.4 Informations médicales naissance	34
4.5 Prise en charge des ascendants	34
5 > GARANTIES EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE, TRITHÉRAPIE, QUADRITHÉRAPIE OU CURIETHÉRAPIE	35
5.1 Auxiliaire de vie ou aide à domicile	35
5.2 Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)	35
5.3 Conduite à l'école	36
5.4 Prise en charge des ascendants	36
6 > GARANTIES EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE ENTRAÎNANT UNE IMMOBILISATION AU DOMICILE	37
6.1 Aide à domicile	37
6.2 Services de proximité	37
6.3 Transport à l'hôpital	37

6.4	Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)	37
6.5	Conduite à l'école	37
7 >	GARANTIES EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE SANS IMMOBILISATION AU DOMICILE	38
7.1	Transport à l'hôpital	39
7.2	Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)	39
7.3	Conduite à l'école	39
8 >	GARANTIES DE SOUTIEN À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EN CAS DE PERTURBATIONS TEMPORAIRES	40
8.1	Aide aux déplacements	40
8.2	Service coursier	40
8.3	Assistance administrative à la carte	40
9 >	GARANTIES EN CAS DE CESSATION DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	41
9.1	Aide aux déplacements	41
9.2	Assistance administrative à la carte	41
10 >	SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE	42
11 >	GARANTIE EN CAS DE DÉPLACEMENT	43
11.1	Faits générateurs	43
11.2	Intervention	43
11.3	Assistance aux personnes en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible	43
11.4	Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger	44
11.5	Frais de secours en montagne	44
12 >	EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES	45
12.1	Fausse déclaration	45
12.2	Force majeure	45
12.3	Exclusions	45
13 >	VIE DU CONTRAT	47
13.1	Durée des garanties	47
13.2	Résiliation	47
13.3	Prescription	47
13.4	Protection des données personnelles	47
13.5	Réclamation et médiation	48

DÉFINITIONS

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

Accident corporel

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

Adhérent

Tout membre participant ayant adhéré aux contrats collectifs *advengo santé II*.

Bénéficiaires des garanties d'assistance

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

Centre de convalescence

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (soins de suite et de réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

Chirurgie ambulatoire

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

Domicile

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

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.

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.

Maladie

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

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

0 800 006 102 Service & appel gratuits

ou
+ 33 (0)5 49 34 82 49 depuis l'étranger

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 de résidence de l'adhérent.

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, à l'exception de la garantie Frais Médicaux et d'hospitalisation acquise uniquement à l'étranger.
- À l'étranger sans franchises kilométrique.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des autres garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation...) ainsi que l'envoi d'une attestation de l'employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

1 > CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES ASSISTANCE A 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 ;
- de chirurgie ambulatoire sans immobilisation au domicile ;
- de chirurgie ambulatoire entraînant une immobilisation au domicile ;
- de séjour prolongé à la maternité, de naissance multiple, de naissance grand prématuré ou de grossesse pathologique avec alitement ;
- de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation ;
- d'événement traumatisant ;

dans les conditions spécifiées à chaque article.

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.

1.2.1 Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 3, 4.1 à 4.3, 4.5, 5, 6, 7, doit être exercée au plus tard dans les 20 jours qui suivent :

- une immobilisation au domicile ;
- la sortie d'une hospitalisation.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour la garantie aide à domicile prévue aux articles 4.1, 5.1, 6.1 le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'immobilisation au domicile, la sortie d'une

hospitalisation. 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'événement.

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

1.2.2 Application des garanties

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

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

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

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA Assurances ou en accord préalable avec elle. **IMA Assurances 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 Assurances apprécie leur prise en charge, sur justificatifs.

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

2 > GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION

2.1 ÉCOUTE, INFORMATION

À la demande de l'adhérent, IMA Assurances accueille, analyse la situation, organise la mise en œuvre des interventions, conseille pour répondre aux demandes et aux besoins des personnes, les oriente pour trouver la meilleure solution à leurs problèmes de vie quotidienne.

La garantie est accessible 7 jours sur 7 et 24h sur 24.

2.2 INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA Assurances 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, perte d'autonomie, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique...

2.3 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'événements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires.

IMA Assurances 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 sur 24.

2.4 MISE EN RELATION AVEC UN PRESTATAIRE

À la demande du bénéficiaire, IMA Assurances peut lui transmettre les coordonnées d'un prestataire de services à domicile (aide à domicile, auxiliaire de vie, garde enfant...).

Le coût des prestations reste à la charge du bénéficiaire.

3 > GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE

3.1 AIDE À DOMICILE

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.

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

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA Assurances selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés.

3.2 SERVICES DE PROXIMITÉ

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.

IMA Assurances organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 20 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.

Livraison de courses

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

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

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 d'un enfant ;
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

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

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{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 Assurances organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA Assurances 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 Assurances selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

3.4 CONDUITE À L'ÉCOLE

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.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA Assurances organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires dans un rayon de 50 km du domicile. La prise en charge est limitée à un aller-retour par jour et par enfant, avec un maximum de 5 jours répartis sur une période de 3 semaines.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

3.5 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

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

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

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

Le déplacement d'un proche

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

Le transfert des ascendants chez un proche

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

La garde des ascendants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA Assurances organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA Assurances selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

4 > GARANTIES EN CAS DE MATERNITÉ

4.1 AIDE À DOMICILE

Les garanties sont acquises :

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

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

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA Assurances selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés.

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

Les garanties sont acquises :

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

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

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{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 Assurances organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA Assurances 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 Assurances selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

4.3 CONDUITE À L'ÉCOLE

Les garanties sont acquises :

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

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA Assurances organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des

enfants au domicile par l'un de ses prestataires dans un rayon de 50 km du domicile. La prise en charge est limitée à un aller-retour par jour et par enfant, avec un maximum de 5 jours répartis sur une période de 3 semaines.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

4.4 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 est accessible jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

4.5 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

Les garanties sont acquises :

- *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 en cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours;*
- *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.*

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

Le déplacement d'un proche

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

Le transfert des ascendants chez un proche

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

La garde des ascendants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA Assurances organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA Assurances selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

5 > GARANTIES EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE, TRITHÉRAPIE, QUADRITHÉRAPIE OU CURIETHÉRAPIE

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

OU

En cas d'aggravation d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,

Les garanties sont accordées dans la limite de 2 protocoles par an,

Ces garanties ne sont pas cumulables avec les garanties décrites aux points 3 et 4.

5.1 AUXILIAIRE DE VIE OU AIDE À DOMICILE

La venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de la personne dépendante (entre 8 h et 20 h, hors week-end et jours fériés),

OU

La venue d'une aide-ménagère, 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.

Les deux garanties ne sont pas cumulables. Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA Assurances selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention.

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

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

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{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 Assurances organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA Assurances 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 Assurances selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

5.3 CONDUITE À L'ÉCOLE

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA Assurances organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires dans un rayon de 50 km du domicile. La prise en charge est limitée à un aller-retour par jour et par enfant, avec un maximum de 5 jours répartis sur une période de 3 semaines.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

5.4 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

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

Le déplacement d'un proche

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

Le transfert des ascendants chez un proche

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

La garde des ascendants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA Assurances organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA Assurances selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

6 > GARANTIES EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE ENTRAÎNANT UNE IMMOBILISATION AU DOMICILE

6.1 AIDE À DOMICILE

En cas de chirurgie ambulatoire de l'adhérent ou de son conjoint entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 5 jours.

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

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA Assurances selon la situation et ne pourra excéder 8 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 10 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés.

6.2 SERVICES DE PROXIMITÉ

En cas de chirurgie ambulatoire de l'adhérent ou de son conjoint entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 5 jours.

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

Livraison de médicaments

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

Livraison de courses

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

6.3 TRANSPORT À L'HÔPITAL

En cas de chirurgie ambulatoire de l'adhérent ou de son conjoint entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 5 jours.

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA Assurances organise et prend en charge, sur une période maximale de 20 jours, un transport non médicalisé aller et retour par taxi ou par VSL (Véhicule sanitaire léger) dans un rayon de 50 km.

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

En cas de chirurgie ambulatoire de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 5 jours.

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

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{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 accompagnants, 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 Assurances organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA Assurances 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 Assurances selon la situation et ne pourra excéder 8 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

6.5 CONDUITE À L'ÉCOLE

En cas de chirurgie ambulatoire de l'adhérent ou de son conjoint entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 5 jours.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, sur une période maximale de 20 jours, la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires dans un rayon de 50 km du domicile et dans la limite d'un aller-retour par enfant.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

7 > GARANTIES EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE SANS IMMOBILISATION AU DOMICILE

7.1 TRANSPORT À L'HÔPITAL

En cas de chirurgie ambulatoire de l'adhérent ou de son conjoint,

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA ASSURANCES organise et prend en charge un transport non médicalisé aller et retour par taxi ou par VSL (Véhicule sanitaire léger) dans un rayon de 50 km.

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

En cas de chirurgie ambulatoire de l'adhérent ou de son conjoint,

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

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{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 accompagnants, 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 ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES 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 ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 2 heures de garde sur une seule journée.

7.3 CONDUITE À L'ÉCOLE

En cas de chirurgie ambulatoire de l'adhérent ou de son conjoint,

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires dans un rayon de 50 km du domicile et dans la limite d'un aller-retour par enfant.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

8 > GARANTIES DE SOUTIEN À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EN CAS DE PERTURBATIONS TEMPORAIRES

Pour les garanties prévues aux articles 8.6.1 à 8.6.5, IMA Assurances intervient :

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 4 jours de l'adhérent ou de son conjoint.*

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.

8.1 AIDE AUX DÉPLACEMENTS

IMA ASSURANCES apporte une aide à la mobilité pour effectuer les démarches et les formalités liées à l'activité professionnelle.

IMA ASSURANCES prend en charge 3 trajets aller-retour dans les 20 jours suivant l'événement, dans la limite totale de 250 €, pour l'adhérent, le conjoint ou une personne de confiance.

8.2 SERVICE COURSIER

IMA ASSURANCES met en œuvre l'acheminement de documents professionnels et urgents :

- **Depuis le domicile vers le lieu de travail OU « la Poste »**

OU

- **Depuis le lieu de travail vers le domicile lorsque ni l'adhérent ni son conjoint ne sont en mesure de déposer les documents et qu'aucune autre solution n'est possible auprès des proches dans la limite de 3 portages dans les 20 jours suivant l'événement, dans un rayon de 30 km.**

8.3 ASSISTANCE ADMINISTRATIVE À LA CARTE

IMA ASSURANCES propose à l'adhérent ou son conjoint une assistance administrative à la carte :

- **Support à la gestion professionnelle avec le traitement de formalités administratives, secrétariat, soutien comptable...**
- **Support à la gestion privée: gestion du courrier, classement et archivage de documents personnels...**

La garantie est limitée à 6 heures sur 20 jours.

9 > GARANTIES EN CAS DE CESSATION DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

En cas d'accident ou de maladie invalidante de l'adhérent ou de son conjoint rendant impossible l'exercice de l'activité professionnelle,

OU

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint rendant impossible le maintien de l'activité professionnelle.

9.1 AIDE AUX DÉPLACEMENTS

IMA ASSURANCES apporte une aide à la mobilité pour effectuer les démarches et les formalités liées à l'activité professionnelle.

IMA ASSURANCES prend en charge 3 trajets aller-retour dans les 12 mois suivant l'événement, dans la limite totale de 250 €, pour l'adhérent, le conjoint ou une personne de confiance.

9.2 ASSISTANCE ADMINISTRATIVE À LA CARTE

IMA ASSURANCES propose à l'adhérent ou son conjoint une assistance administrative à la carte :

- Support à la gestion professionnelle avec le traitement de formalités administratives, secrétariat, soutien comptable...
- Support à la gestion privée : gestion du courrier, classement et archivage de documents personnels...

La garantie est limitée à 6 heures dans les 12 mois suivant l'événement.

10 > SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

IMAASSURANCES propose aux seuls bénéficiaires majeurs l'accès à un service de téléconsultation médicale accessible via un site Internet à partir de l'espace adhérent : <https://mon-espace-adherent.lamutuellegenerale.fr>

L'accès est sécurisé et illimité 24h/24 et 7j/7.

Lors de la première connexion sur le site Internet de téléconsultation médicale depuis l'espace adhérent, il sera demandé des données personnelles notamment le nom, prénom, numéro d'adhérent...

Une fois connecté au site, le bénéficiaire peut être mis en relation avec un médecin généraliste ou spécialiste par trois canaux de communication au choix : chat, appel audio ou visioconférence.

Le service de téléconsultation se compose de :

- une réponse écrite d'un médecin à une question écrite du bénéficiaire, ou d'un échange en visioconférence ou en audio avec un médecin, en fonction du mode de contact choisi par le bénéficiaire ;
- un compte rendu de la téléconsultation, qui pourra être envoyé au médecin traitant sur demande du bénéficiaire ;
- une ordonnance le cas échéant.

Le service est accessible 7j/7 et 24h/24 dans la limite de 5 téléconsultations par bénéficiaire par an (année civile).

La téléconsultation d'un bénéficiaire de moins de 18 ans ne pourra se faire qu'en présence du parent majeur.

Restrictions :

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

Sont exclus de la téléconsultation les renouvellements de traitement de pathologies chroniques, les prescriptions d'arrêt de travail et les certificats médicaux.

11 > GARANTIE EN CAS DE 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.

11.2 INTERVENTION

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'événement.

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

IMA ASSURANCES 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'événement donnant lieu à l'intervention d'IMA assurances restent à sa charge (titre de transport, repas...).

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

IMA ASSURANCES 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 ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

11.3 ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE SOUDAINE ET IMPRÉVISIBLE

11.3.1 Rapatriement médical

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

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

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

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

11.3.2 Attente sur place d'un accompagnant

Lorsque le bénéficiaire blessé, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de 10 jours, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement pour 10 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

11.3.3 Prolongation de séjour pour raisons médicales

Lorsque des soins ont été dispensés à un bénéficiaire et qu'il n'est pas jugé transportable vers son domicile par les médecins d'IMA ASSURANCES, alors que son état médical ne nécessite pas une hospitalisation, IMA ASSURANCES organise et prend en charge son hébergement pour 10 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

11.3.4 Voyage aller-retour d'un proche

Lorsque le bénéficiaire, blessé, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 10 jours et qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche pour se rendre à son chevet, ainsi que son hébergement pour 10 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

11.4 FRAIS MÉDICAUX ET D'HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER

IMA ASSURANCES, en complément des prestations dues par les organismes sociaux français, prend en charge, déduction faite d'une franchise de 30 euros, les frais médicaux et d'hospitalisation engagés sur place à concurrence de 10 000 euros par bénéficiaire, sous réserve que celui-ci ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie. Ce plafond est ramené à 80 euros pour les soins dentaires.

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins d'IMA ASSURANCES et seront limités à la période pendant laquelle ils jugeront le patient intransportable.

Dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux, ces frais médicaux et d'hospitalisation font l'objet d'une avance.

Le bénéficiaire s'engage :

- À effectuer, dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés et à transmettre à IMA ASSURANCES les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus ;
- À reverser sans délai à IMA ASSURANCES les remboursements dont il a bénéficié à hauteur de la somme avancée par IMA ASSURANCES.

11.5 FRAIS DE SECOURS EN MONTAGNE

En cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive, IMA ASSURANCES prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à la structure médicale adaptée, à l'exception des frais de recherche, à concurrence de 160 euros.

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

12 > EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

12.1 FAUSSE DÉCLARATION

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un événement garanti entraîne la perte du droit à garantie.

Il appartient à IMA ASSURANCES d'établir le caractère frauduleux de la déclaration.

12.2 FORCE MAJEURE

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

12.3 EXCLUSIONS

EXCLUSIONS POUR L'ASSISTANCE À DOMICILE

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- les hospitalisations consécutives à des maladies non soudaines et prévisibles ;
- les hospitalisations dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gérontologiques ;
- 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 ;
- De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

**EXCLUSIONS POUR L'ASSISTANCE
DÉPLACEMENT**

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- les affections ou lésions n'empêchant pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement et dont le traitement peut-être différé à son retour ;
- les maladies chroniques, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement et comportant un risque d'aggravation brutal ou proche ;
- les convalescences et affections en cours de traitement et non encore guéries au moment du déplacement ;
- les événements, et leurs conséquences, survenus lors de la pratique de sports à titre professionnel ou dans le cadre d'une compétition.
- les soins externes (toutes consultations ou tous examens complémentaires, actes de kinésithérapie ou de pansement, soins optiques réalisés en cabinet ou en établissement hospitalier public ou privé, sans hospitalisation) ;
- les frais médicaux engagés en France ;
- les états de grossesse dans le cadre de leur déroulement normal, sauf complication imprévue ;
- les frais de repas autres que le petit-déjeuner, ainsi que les frais de téléphone et de bar en cas d'hébergement pris en charge par IMA ASSURANCES au titre des garanties ;
- les frais de transport primaires, de secours d'urgence et les frais de recherche ;
- les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé ainsi que les déplacements pour greffe d'organe.

13.1 DURÉE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la période d'adhésion du contrat *advengo santé II* souscrit par l'Association Nationale des Adhérents de Contrats Collectifs (ANACCS) auprès de La Mutuelle Générale.

13.2 RÉSILIATION

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

13.3 PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la notice 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;
- 2) En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

L'interruption de la prescription de l'action peut,

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

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

13.4 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

LA MUTUELLE GÉNÉRALE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, numéro SIREN 775 685 340, dont le siège social est au 1-11 rue Brillat-Savarin 75013 PARIS, collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assistance :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat ;
- 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 pour lesquelles l'assuré a donné son consentement lors de la souscription du contrat.

Ces données sont utilisées par La Mutuelle Générale pour la stricte exécution des services et notamment pour :

- la passation des contrats ;
- la gestion des contrats ;
- l'exécution des contrats ;
- 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 de La Mutuelle Générale chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires de La Mutuelle Générale chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier à IMA ASSURANCES, ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance. Elles sont susceptibles d'être transmises hors de l'Union Européenne en cas d'événement générateur survenant hors de cette territorialité. Elles peuvent être accessibles ou transmises à des sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA ASSURANCES de communiquer les informations médicales susceptibles d'être collectées à tout professionnel devant en connaître pour accomplir la mission qui lui est confiée par IMA ASSURANCES. Dans ces conditions, les bénéficiaires reconnaissent libérer les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre des garanties de leur obligation de secret professionnel sur les informations médicales.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par IMA ASSURANCES 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.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer son consentement au traitement de ses données per-

sonnelles auprès du Délégué à la Protection des Données de La Mutuelle Générale 1-11 rue Brillat-Savarin 75013 PARIS. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier de la couverture d'assurance.

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 de :

IMA ASSURANCES - Direction des Affaires Juridiques - 118 avenue de Paris - 79000 NIORT | dpo@ima.eu | La Mutuelle Générale 1-11 rue Brillat-Savarin - 75013 PARIS.

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.

13.5 RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site HYPERLINK «<http://www.ima.eu>» www.ima.eu, Réclamations.

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

MAÎTRISE DES FRAIS DE SANTÉ

LE CENTRE DE CONSEIL : S'INFORMER POUR MIEUX DÉCIDER

La Mutuelle Générale accompagne ses Adhérents en leur proposant un service d'informations et de conseils dans le domaine de la santé et du social.*

Cette plateforme permet aux Adhérents, d'obtenir rapidement et sur simple appel une réponse aux questions qui concernent leur santé grâce à une équipe de conseillers et de professionnels de santé (chirurgiens-dentistes, médecins, opticiens, ou assistantes sociales).

SERVICES PROPOSÉS

Analyse de devis dentaires, optiques, médicaux et de prothèses auditives pour :

- connaître à l'avance les remboursements et le reste à charge,
- comprendre les soins proposés,
- bénéficier de conseils professionnels sur les prix et les prestations,
- choisir le traitement ou l'équipement le plus adapté aux besoins médicaux.

Information en santé et social

Le Centre de conseil répond à toutes les questions concernant la santé ou la législation sociale. En cas de difficulté, les Adhérents peuvent bénéficier d'un accompagnement personnalisé par une équipe dédiée et une assistante sociale.

Orientation en santé et social

Le Centre de conseil aide les Adhérents à trouver des professionnels conventionnés ou établissement de santé ou médico-social répondant à leurs besoins via une orientation ciblée.

ENGAGEMENTS DU CENTRE DE CONSEIL

Professionalisme et compétences

Les conseillers du Centre de conseil sont formés pour répondre aux questions des Adhérents dans le domaine de la santé et du social.

Confidentialité

Le Centre de conseil garantit la totale confidentialité des informations communiquées, qui ne peuvent en aucun cas être cédées ni communiquées à un tiers.

Liberté

Les Adhérents conservent en toutes circonstances le libre choix des praticiens et des établissements de soins.

Respect des décisions

Le choix ou non de suivre les recommandations du Centre de conseil n'influe en aucun cas sur le montant des remboursements de La Mutuelle Générale.

* Prestation effectuée par Ligne claire, centre d'appels créé par La Mutuelle Générale, la MNT et la MNH, accessible quel que soit le niveau de garantie choisi.

Le Centre de conseil⁽¹⁾

est ouvert du lundi au vendredi,
de 8 h à 20 h et le samedi de 9 h à
17 h

(horaires métropole)

392 rue des Mercières
69140 Rillieux-la-Pape
contact@ligneclaire.fr

0 820 304 305 Service 0,12 € / min
+ prix appel



1 Ligne claire : service assuré par Santé Mutuelle Services.

KALIVIA : DES TARIFS NÉGOCIÉS AUPRÈS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ PARTENAIRES*

Présent sur l'ensemble du territoire, le réseau Kalivia regroupe plus de 5 000 opticiens et plus de 3 200 centres d'audioprothèses, pour permettre aux Adhérents d'accéder à des prestations de qualité, avec des avantages et des réductions tarifaires. Ils sont engagés contractuellement par la charte qualité Kalivia¹.

L'objectif de ce service est de réduire le reste à charge, maîtriser l'inflation des coûts, garantir la qualité des prestations, tout en offrant une vraie liberté de choix dans les équipements.

LES ATOUTS DU RÉSEAU OPTIQUE KALIVIA

- Pas d'avance de frais sur la part remboursée par La Mutuelle Générale sur présentation de la carte de tiers payant.
- Des équipements adaptés à vos besoins avec des tarifs jusqu'à - 40 % sur les verres, - 15 % au minimum sur les montures² et - 20 % en moyenne sur les lentilles.
- L'Offre Malin permet aux assurés ayant un budget serré d'accéder à un équipement optique** à des tarifs très réduits avec un reste à charge limité.
- L'assurance de verres de qualité supérieure, dont la traçabilité est assurée.
- Des garanties et services haut de gamme :
 - **Entretien** : nettoyage, réglages, petites réparations...
 - **Casse** : remplacement de l'équipement pendant un an (30 % de franchise maxi).
 - **Remplacement** en cas d'inadaptation aux verres progressifs et aux lentilles, ou en cas de détérioration des lentilles de contact.
 - **Échange** en cas de défaut du verre : garantie 2 mois sans franchise.
- Des contrôles réguliers de l'évolution de votre vision.

* La Mutuelle Générale garantit à ses Adhérents le libre choix de leur professionnel de santé.

** Dans la limite de 40 € pour la monture.

¹ Charte qualité accessible sur l'espace Adhérent.

² Hormis sur certaines montures de marques non soumises à réduction.

³ Prix moyen constaté sur le marché : 3 600 € pour un double équipement.

LES ATOUTS DU RÉSEAU D'AUDIOPROTHÉSISTES KALIVIA

- Pas d'avance de frais sur la part remboursée par La Mutuelle Générale sur présentation de la carte de tiers payant.
- Des tarifs préférentiels sur toutes les gammes d'aides auditives : plus de 500 € d'économie pour un double équipement³. Ces tarifs comprennent l'adaptation, le suivi, l'appareil prêt à l'emploi, une garantie panne pendant 4 ans et un kit d'entretien.
- L'offre Prim'Audio à prix serré, pour un tarif maximum de 700 € par oreille (1 400 € TTC pour un double appareillage).
- Une totale liberté de choix parmi les équipements auditifs proposés par l'audioprothésiste partenaire.
- Un dépistage auditif gratuit sans obligation d'achat.
- Un suivi personnalisé et régulier lors de la période d'essai et pendant toute la durée de vie de l'appareil.

COMMENT ACCÉDER AU SERVICE ?

Pour trouver l'opticien ou le centre d'audioprothèses partenaire le plus proche :

- Un outil de géolocalisation présent dans l'espace Adhérent accessible via <https://mon-espace-adherent.lamutuellegenerale.fr>
- Par téléphone en appelant le :



du lundi au vendredi, de 8 heures à 20 heures.

Dans le magasin, présenter la carte de tiers payant au professionnel de santé pour qu'il applique le tarif négocié.

Les Garanties Santé et AJH sont assurées par La Mutuelle Générale dans le cadre d'un contrat collectif facultatif souscrit par l'ANACCS auprès de La Mutuelle Générale.

La Garantie Assistance est assurée par IMA ASSURANCES dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par La Mutuelle Générale auprès d'IMA ASSURANCES.

La Mutuelle Générale : mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. N° SIREN 775 685 340 - 1-11 rue Brillat-Savarin - 75013 PARIS.

Notre partenaire IMA ASSURANCES : SA au capital de 7 000 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances soumise au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - RCS Niort: 481 511 632 - Siège social: 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 NIORT CEDEX 9.

ANACCS : Association Nationale des Adhérents de Contrats Collectifs Santé régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - 1-11 rue Brillat-Savarin - 75013 PARIS.

Ligne claire est un service proposé par Santé Mutuelle Services, Société par actions simplifiées au capital de 60 060 euros. Siège social: 392 rue des Mercières 69140 RILLIEUX-LA-PAPE - RCS Lyon 438 102 584 - Tout Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression relatif aux informations le concernant détenues par Santé Mutuelle Services, qu'il peut exercer en contactant Ligne claire.

