



LA MUTUELLE
générale

ON VA BIEN ENSEMBLE

ITINEO SANTÉ ●

Notice d'information

**DOCUMENT
À CONSERVER**

1. Le contrat *itineo santé* 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 1^{er} juillet 1901, 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° 775 685 340, 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 1^{er} 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 par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal.

L'adhésion au contrat est opérée selon les modalités prévues aux articles 1.3 et 1.5 de la notice d'information.

En cas d'adhésion par correspondance, les frais y afférents exposés par l'adhérent (tels que 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 (14) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de celle-ci pour renoncer à son adhésion. Dans le cadre d'une vente à distance au sens de l'article L.221-18 du Code de la mutualité ce délai de quatorze jours commence à courir soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations qui lui sont dues, si cette dernière date est postérieure.

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'avis 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 *itineo santé* est soumis à la loi française.

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

6. 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 mois à compter de la date de réception ou si les voies de recours sont épuisées et que le différend persiste, les adhérents peuvent saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

- soit par courrier à l'attention de :

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

- soit via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur :

<https://www.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.

SOMMAIRE

SANTÉ ET ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION	5 à 41
ASSISTANCE	42 à 59
MAÎTRISE DES FRAIS DE SANTÉ	60 à 62

SANTÉ &
ALLOCATION
JOURNALIÈRE
D'HOSPITALISATION

SOMMAIRE

LEXIQUE	8
1 • DISPOSITIONS GÉNÉRALES	10
1.1. Préambule	10
1.2. Objet des garanties	10
1.3. Formalités d'adhésion	10
1.4. Prise d'effet de l'adhésion	10
1.5. Conditions pour adhérer	11
1.6. Perte de la qualité d'adhérent	11
1.7. Durée des garanties	12
1.8. Prescription	12
1.9. Exclusions communes aux garanties santé et allocation journalières d'hospitalisation	12
1.10. Subrogation.....	12
1.11. Réclamation - Médiation	12
1.12. Opposition au démarchage téléphonique	13
1.13. Support des relations contractuelles et droit d'opposition	13
1.14. Informatique et libertés	13
1.15. Autorité de contrôle	13
2 • LA GARANTIE SANTÉ	14
2.1. Choix de la formule de garantie	14
2.2. Modification de la formule de garantie	14
2.3. Étendue territoriale	14
2.4. Définitions module « Hospitalisation »	14
2.5. Définitions module « Soins courants »	15
2.6. Définitions « Optique »	16
2.7. Définition module « Dentaire »	19
2.8. Définition module « Aides auditives »	20
2.9. Définition module « Prévention et bien-être »	20
2.10. Délai d'attente	21
2.11. Exclusions	21
3 • LA GARANTIE ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION	22
3.1. Choix de la garantie	22
3.2. Modification de la garantie	22
3.3. Renonciation à la garantie	22
3.4. Hospitalisations ouvrant droit au versement de l'allocation	22
3.5. Délai d'attente	22

4 • TABLEAUX DE GARANTIES	23
5 • MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ	37
5.1. Remboursements	37
5.2. Pièces justificatives	37
5.3. Contrôle	37
6 • LES COTISATIONS	38
6.1. Cotisation de la garantie Santé	38
6.2. Cotisation de la garantie Allocation Journalière d'hospitalisation	38
6.3. Paiement des cotisations	38
6.4. Exonération de cotisation en cas de décès de l'adhérent	38
6.5. Exonération de cotisation pour tout nouveau-né ou enfant adopté	38
6.6. Variations des cotisations	38
6.7. Changement générant une modification de la cotisation en cours d'année	38
6.8. Sanction en cas de non-paiement de la cotisation	38
7 • EXONÉRATION, SOUS CONDITIONS, DE COTISATION EN CAS DE CHÔMAGE	39
7.1. Objet	39
7.2. Conditions d'application de la garantie	39
7.3. Exclusions	39
7.4. Montant de l'Exonération de cotisation	39
7.5. Franchise	39
7.6. Durée maximum d'Exonération de cotisation	40
7.7. Déclaration	40
7.8. Pièces à fournir	40
7.9. Cessation de l'Exonération	40
7.10. Cessation de garantie	40
7.11. Modification des garanties ou de l'adhésion pendant la période d'exonération de la cotisation	40
8 • LA VIE DE L'ADHÉSION	41
8.1. Changement de situation des Bénéficiaires	41
8.2. Terme des garanties	41

LEXIQUE

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

100% santé

Un adhérent couvert par un contrat de santé responsable peut bénéficier de certaines prestations en optique, dentaire et audiologie intégralement remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire et sa complémentaire santé. Il n'a aucun frais à sa charge sous réserve que les professionnels de santé respectent le prix limite de vente de la prestation.

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 *itineo santé*. Un enfant mineur de moins de seize ans ne peut pas être adhérent.

Assurance Maladie Complémentaire (AMC)

Ensemble des garanties proposées par une complémentaire santé assurant la prise en charge de tout ou partie des frais de santé en complément ou en supplément des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

Ensemble des régimes obligatoires (RO) couvrant tout ou partie des frais de santé liés à une maladie, la maternité et un accident.

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)

Tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de tarif conventionné (TC) si le professionnel de santé est conventionné, de tarif d'autorité (TA) s'il ne l'est pas et de tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

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.

Chômage total

Chômage résultant directement d'un licenciement économique et ouvrant droit à des allocations d'assurance chômage versées par Pôle emploi.

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.

Cotisation

Montant dû par l'adhérent en contrepartie des garanties et services proposés par sa complémentaire santé.

Dépassements d'honoraires

Part des honoraires d'un professionnel de santé se situant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale et pouvant être pris en charge, totalement ou partiellement, par la complémentaire santé.

Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées

L'OPTAM (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée en Chirurgie et Obstétrique) sont des dispositifs ouverts aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1. Les médecins adhérents s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires selon les conditions établies par la convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Pour savoir si un médecin est adhérent, consultez le site annuaire.sante.ameli.fr.

Délai d'attente

Période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas - ou de manière limitée - bien que l'adhérent cotise. Elle commence à courir à compter du jour de l'adhésion à la complémentaire santé.

Frais réels

Frais réellement engagés et justifiés.

Franchise

Période pendant laquelle l'exonération, sous conditions, de cotisation en cas de chômage n'est pas due à l'adhérent.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires.

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.

Médecin traitant

Médecin généraliste ou spécialiste désigné par le patient auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire, qui assure le suivi médical et l'orientation dans le parcours de soins coordonnés.

Ordonnance

Document délivré par un médecin sur lequel figurent ses prescriptions.

Parcours de soins coordonnés

Circuit d'accès aux soins permettant à tous les assurés de l'Assurance Maladie Obligatoire et à leurs ayants-droits de moins de 16 ans de bénéficier d'une prise en charge médicale optimale et personnalisée. Pour suivre le parcours de soins coordonnés, il faut déclarer un médecin traitant auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire, le consulter (ou son remplaçant) en première intention ou consulter un « médecin correspondant » après lui avoir été adressé par son médecin traitant.

Prestations

Montants remboursés à l'adhérent par sa complémentaire santé en application de son contrat d'assurance.

Reste à charge

Part des dépenses de santé restant à la charge de l'adhérent après remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et de sa complémentaire santé.

Secteurs conventionnés

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'Assurance Maladie Obligatoire varient selon qu'il s'agit d'un généraliste ou spécialiste et selon son secteur d'exercice (secteur 1 ou 2). Les médecins de secteur 1 appliquent le tarif conventionné (TC) alors que les médecins de secteur 2 pratiquent des honoraires libres et peuvent facturer des dépassements d'honoraires. Pour connaître le secteur d'exercice d'un médecin, consultez le site annuairesante.ameli.fr.

Ticket modérateur (TM)

Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire. La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble des frais restant à la charge de l'assuré avant intervention de leur complémentaire santé.

Tiers payant

Système de paiement évitant au patient de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins, qui sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire.

**Des informations complémentaires peuvent également être consultées
sur le site internet de l'UNOCAM à l'adresse suivante :
<http://www.unocam.fr>**

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 livre II 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 **itineo santé**, à adhésion facultative.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'ANACCS.

Chaque Adhérent à **itineo santé** 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.

itineo santé 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, Allocation Journalière d'hospitalisation et Exonération, sous conditions, de cotisation en cas de chômage et reprend les conditions du contrat collectif précité.

Les cotisations versées au titre du contrat **itineo santé** par des Travailleurs Non-Salariés (TNS), dont les revenus sont déclarés au titre des bénéficiaires industriels et commerciaux (BIC) ou des bénéficiaires des professions non commerciales (BNC), ne bénéficient pas de la déductibilité fiscale prévue par l'article 154 bis du Code général des impôts.

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 des frais médicaux en cas de maladie, chirurgie, maternité, accident ;
- l'exonération, sous conditions, de cotisation en cas de chômage, toutes options comprises.

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.

L'Adhérent doit fournir une Pièce d'Identité en cours de validité (Carte Nationale d'Identité, Passeport ou Carte de séjour).

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.

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 d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de celle-ci pour renoncer à son adhésion. Dans le cadre d'une vente à distance au sens de l'article L.221-18 du Code de la mutualité ce délai de quatorze jours commence à courir soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations qui lui sont dues, si cette dernière date est postérieure.

En cas de démarchage (article L.221-18-1 du Code de la mutualité) « *Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.* »

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 »

En cas de démarchage, l'Adhérent peut également renoncer par courrier électronique.

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 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 à **itineo santé** ;
- les personnes vivant sous le même toit que l'adhérent affiliés à un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français 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 à **itineo santé**.

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 • 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 :

- 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 ;
- 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 d'un sinistre 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.

1.9 • EXCLUSIONS COMMUNES AUX GARANTIES SANTÉ ET ALLOCATION JOURNALIÈRES D'HOSPITALISATION

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

- la pratique d'un sport professionnel ;
- risque de guerres civile ou étrangère.

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

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 mois à compter de la date de réception ou si les voies de recours sont épuisées et que le différend persiste, les Adhérents peuvent saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

- soit par courrier à l'attention de :

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

- soit via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <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 personnelles, La Mutuelle Générale agit en tant que responsable du traitement des données personnelles de ses adhérents, ayant-droits et bénéficiaires concernés (ci-après les « Données à Caractère Personnel »).

Les Données à Caractère Personnel recueillies sont notamment utilisées par La Mutuelle Générale afin d'assurer la gestion et l'exécution du présent contrat ainsi qu'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, élaborer des statistiques, assurer la sécurité et la continuité d'activité des services, répondre à une obligation légale fiscale et réglementaire (lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme) ou à un intérêt légitime (prospection commerciale, lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude).

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

Les Données à Caractère Personnel 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 à Caractère Personnel afin de proposer des produits et services adaptés aux besoins des personnes concernées.

Ainsi, La Mutuelle Générale pourra être amenée à transférer les Données à Caractère Personnel à sa filiale LMG Conseil et Services à des fins de prospection commerciale par téléphone et courrier et par voie électronique dans le cas où la personne concernée y aurait consenti.

La Mutuelle Générale prend toutes les mesures de sécurité nécessaires afin de protéger les Données à Caractère Personnel contre toute violation.

Conformément à la réglementation applicable, la personne concernée dispose pour ses Données à Caractère Personnel :

- d'un droit d'accès et de communication sur les informations la concernant et les traitements associés ;
- d'un droit de rectification avec une possibilité de compléter et de mettre à jour ses informations ;
- d'un droit à la portabilité afin de transmettre les informations la concernant à un tiers ;
- d'un droit à la détermination du sort de ses Données à Caractère Personnel en cas de décès ;
- d'un droit de suppression de ses Données à Caractère Personnel ;
- d'un droit à la limitation du traitement qui lui est relatif ;
- d'un droit d'opposition au traitement de ses Données à Caractère Personnel ;
- d'un droit au retrait du consentement pour l'utilisation de ses Données à Caractère Personnel.

Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits portant sur leurs Données à Caractère Personnel :

- 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

Les personnes concernées peuvent adresser une réclamation portant exclusivement sur le traitement de leurs Données à Caractère Personnel à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) sur son site ou à l'adresse 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

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 un régime d'Assurance Maladie Obligatoire, calculée en fonction de l'état de la législation en vigueur à la date d'effet du contrat *itineo santé*. 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 DE LA FORMULE DE GARANTIE

Les formules du contrat *itineo santé* sont les suivantes :

- « itineo DYNAMISME » ;
- « itineo TRIBU » ;
- « itineo VITALITÉ ».

Pour chacune de ces formules, la garantie Santé est composée de trois (3) modules :

- soins courants ;
- optique, dentaire, acoustique et autres appareillages ;
- hospitalisation.

Pour composer sa formule de garantie, l'Adhérent doit choisir entre les niveaux suivants :

- les niveaux « Essentiel » ou « Renfort » pour chacun des trois (3) modules ;
- ou les niveaux « Eco » ou « Exigence » pour lesquels aucune combinaison n'est possible.

La formule du contrat *itineo santé* couplée au niveau de garanties choisi pour chacun des modules constitue une formule de garantie.

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

2.2 • MODIFICATION DE LA FORMULE DE GARANTIE

En cours d'adhésion, l'Adhérent peut modifier à la hausse ou à la baisse la formule de sa garantie Santé. La modification ne peut s'effectuer qu'à la date anniversaire de prise d'effet des garanties. La demande de modification de la formule de garantie 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 la formule de garantie tient compte de l'âge des Bénéficiaires à la date d'effet de la modification de la formule de garantie.

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

En cas de modification de la formule 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 la formule de garantie Santé.

La modification de la formule de 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 « HOSPITALISATION »

L'hospitalisation

Désigne généralement un séjour d'une nuit au moins dans un établissement de santé, de court séjour ou de soins de suite et de réadaptation, public ou privé, agréé par le Ministère de la Santé, en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

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 sur le Certificat d'adhésion.

Les honoraires de chirurgien et d'anesthésiste remboursés par l'AMO

Les dépassements d'honoraires des chirurgiens et anesthésistes sont soumis aux mêmes règles que celles prévues au module « Soins courants ».

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

Le forfait journalier hospitalier

Somme due pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé, correspondant à une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale.

Ce forfait est pris en charge sans limitation de durée lorsqu'il est facturé par un établissement hospitalier.

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

Les autres frais d'hospitalisation

- **La participation forfaitaire pour les actes lourds**

Il s'agit d'un ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge du bénéficiaire sur certains actes, en remplacement du ticket modérateur habituel.

Cette participation forfaitaire est intégralement prise en charge.

- **Les frais de séjour en secteur conventionné**

(Prix de la pension).

- **Les frais de transport pris en charge par l'AMO**

Il s'agit de l'aller/retour du domicile du bénéficiaire ou du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier.

Les frais d'accompagnement

Frais facturés par l'hôpital, la clinique ou la Maison des parents correspondant aux facilités (exemple d'un lit) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé de moins de 16 ans ou de plus de 70 ans (selon la formule choisie), qui reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

La chambre particulière de nuit et de jour

Supplément facturé par l'établissement hospitalier pour une chambre particulière demandée par le Bénéficiaire.

La prise en charge de la chambre particulière nuit par la Mutuelle est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire en cas d'hospitalisation en service psychiatrique.

2.5 • DÉFINITIONS MODULE « SOINS COURANTS »

Les honoraires médicaux

- Honoraires médicaux du généraliste et du spécialiste, y compris le stomatologiste.
- Actes techniques médicaux.
- Actes d'imagerie médicale, radiologie.

Les honoraires paramédicaux

Honoraires des professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes figurant à la nomenclature sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les analyses et examens de laboratoire

Ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale, qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les médicaments prescrits médicalement, pris en charge par l'AMO et les honoraires de dispensation

Les médicaments et les honoraires de dispensation sont pris en charge tels que mentionnés dans le tableau de garanties du présent document.

Le matériel médical

- **Grand appareillage**

Par « grand appareillage », on entend notamment : les fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles ;

- **Petit appareillage**

Par « petit appareillage », on entend notamment : les pansements, orthèses, attelles, prothèses externes.

Il s'agit des biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, correspondant à du matériel d'aide à la vie ou nécessaire à certains traitements.

2.6 • DÉFINITIONS « OPTIQUE »

Les règles de prise en charge de l'équipement optique (une monture et 2 verres) sont définies comme suit :

Les équipements « 100 % santé » (Verres + monture de classe A)

Les équipements (verres + monture) relevant du « 100 % santé » (classe A) sont remboursés intégralement par le contrat et l'Assurance Maladie Obligatoire dans la limite des prix limites de vente.

Suppléments

En cas d'acquisition d'un équipement « 100 % santé », les prestations suivantes sont prises en charge dans la limite des prix limites de ventes :

- la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents ;
- la prestation d'adaptation de la correction visuelle ;
- le supplément applicable pour les verres avec filtre ;
- les autres suppléments :
 - pour les bénéficiaires adultes et enfants : prisme incorporé, système antiptosis, verres iséiconiques, supplément pour verre teinté,
 - pour les bénéficiaires de moins de 18 ans : filtre chromatique ou ultraviolet,
 - pour les bénéficiaires de 6 ans et moins : filtre d'occlusion partielle, prisme souple, supplément pour monture de lunettes à coque.

Les équipements à « tarifs libres » (Classe B)

Les équipements (verres + monture) ne relevant pas du « 100 % santé » (Classe B) sont pris en charge dans les conditions définies ci-dessous :

La prise en charge respecte les conditions cumulatives suivantes :

- le montant des prestations du Forfait verres et du Forfait monture est **fonction de l'âge du Bénéficiaire** (adulte, enfant) et est limité au montant indiqué dans le tableau de garanties du présent document. Il inclut la prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur et de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- **est considéré comme enfant tout Bénéficiaire jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 16 ans ;**
- ce forfait respecte les minima et maxima de prise en charge définis réglementairement en fonction de trois catégories de verres ;
- **la prise en charge de la monture seule est limitée à 100 €.**

Pour l'application du présent contrat, les verres sont définis comme suit :

Verres simples

- Verres unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verres très complexes

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Suppléments

En cas d'acquisition d'un équipement à tarifs libres, les prestations suivantes sont prises en charge à minima à hauteur du tarif de responsabilité :

- la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents ;
- la prestation d'adaptation de la correction visuelle.

Renouvellement de l'équipement

Pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus, la prise en charge est limitée à un équipement (monture + verres) par période de 2 ans.

Pour les bénéficiaires âgés de moins de 16 ans, la prise en charge est limitée à un équipement (monture + verres) par an jusqu'au 31 décembre de leurs 16 ans

Pour les bénéficiaires de 6 ans et moins, la prise en charge est possible au terme d'une période minimale de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Chaque période est fixe et s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement, c'est-à-dire de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'AMO.

Par dérogation, un renouvellement anticipé est possible en cas d'évolution de la vue, telle que définie par la réglementation :

- **pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus**, la période de 2 ans est réduite à un an pour le renouvellement d'un équipement complet ;
- **pour les bénéficiaires de moins de 16 ans**, la période d'un an n'est pas opposable pour le renouvellement des verres ;
- **aucun délai de renouvellement des verres n'est requis** en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.

Les cas de renouvellement anticipé ainsi que leurs modalités sont définis par la réglementation.

En cas de demande de remboursement effectuée en 2 temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du dernier élément de l'équipement optique (verre ou monture).

En cas d'achat séparé d'une composante de cet équipement, les différentes périodes sont également applicables. Lorsque les 2 verres sont délivrés et pris en charge de façon espacé dans le temps, la date à partir de laquelle le délai de renouvellement est compté est celle de délivrance du dernier verre.

En cas de double prescription (vision de près et vision de loin) à la même date, les conditions et délais de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément. La délivrance d'un équipement avec des verres progressifs ou multifocaux en remplacement de 2 équipements est permise lorsque la période devant s'écouler pour un renouvellement est échue pour chacun des 2 équipements.

Prise en charge d'un équipement mixte : monture de classe A/verres de classe B et réciproquement

En cas d'acquisition d'un équipement composé de verres et monture de classes différentes, le plafond prévu pour les équipements à tarifs libres (classe B) s'applique dans la limite des prix limites de vente.

Suppléments

Le plafond n'inclut pas les tarifs de responsabilité de la prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents, le supplément pour les verres avec filtre et la prestation d'adaptation de la correction visuelle.

Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale

Les lentilles de contact sont des prothèses optiques posées sur la cornée. L'Assurance Maladie Obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels.

Les lentilles, y compris jetables, sont remboursées dans la limite d'un forfait par année civile indiqué dans le tableau des garanties du présent document.

Chirurgie réfractive et ophtalmique

Chirurgie réfractive de l'œil ou chirurgie par pose d'implant intra-oculaire à but réfractif non prises en charge par la Sécurité sociale, 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 la Sécurité sociale.

Prise en charge de deux équipements

La prise en charge de deux équipements est autorisée en cas d'intolérance ou de contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique sous réserve de mention sur l'ordonnance prescrite par l'ophtalmologiste.

2.7 • DÉFINITION MODULE « DENTAIRE »

Les soins pris en charge par la Sécurité sociale

- Les soins dentaires.
- Les inlay onlay qui, en cas de caries importantes, permettent de garder la dent vivante et d'éviter la pose d'une couronne.
- La parodontologie.

Les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale

- Les inlay cores qui permettent de reconstituer un faux moignon pour poser une prothèse dentaire.
- Les prothèses dentaires fixes (couronne, bridge et dent à tenons).
- Les prothèses dentaires mobiles (appareil dentaire partiel ou complet, plaque base métallique, contreplaque, prothèse sur implant, appareil provisoire).
- Les couronnes transitoires.
- Les autres prothèses dentaires non remboursées au titre des prothèses dentaires fixes ou mobiles.

Les règles de prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques sont définies comme suit :

Les soins et prothèses « 100% Santé »

Les frais de soins dentaires prothétiques relevant du panier de soins « 100% santé », sont pris en charge dans leur intégralité par le contrat et l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

Les soins et prothèses à tarifs maîtrisés et libres

Pour les frais de soins dentaires prothétiques relevant des paniers « maîtrisé » et « libre », le contrat prend en charge, au moins à hauteur de 100% du tarif de responsabilité de l'Assurance Maladie Obligatoire, les frais exposés par le Bénéficiaire.

Pour les actes relevant du panier « maîtrisé », cette prise en charge est limitée aux honoraires de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

L'orthodontie prise en charge ou non par la Sécurité sociale

Orthopédie dento-faciale visant à corriger les dysmorphoses. Le contrat prend en charge, au moins à hauteur de 100% du tarif de responsabilité de l'Assurance Maladie Obligatoire, les frais exposés par le Bénéficiaire.

La prise en charge est limitée à six semestres pour le traitement d'orthodontie et à deux 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.

La parodontologie prise en charge ou non par la Sécurité sociale

Partie de la dentisterie destinée au traitement des maladies parodontales qui sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

Le contrat prend en charge, au moins à hauteur de 100% du tarif de responsabilité de l'Assurance Maladie Obligatoire, les frais exposés par le Bénéficiaire.

Les autres prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale

- Les prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale, dans la limite du plafond annuel global par bénéficiaire. Il s'agit d'implants, à savoir des racines artificielles en titane ou en céramique introduites dans l'os maxillaire au cours d'une intervention chirurgicale.
- Plafond global annuel.

Les remboursements des prothèses à tarifs maîtrisés et libres sont effectués dans la limite d'un plafond global progressif pour l'ensemble des actes dentaires suivants :

- prothèses dentaires fixes,
- prothèses dentaires mobiles,
- inlays core,
- implants dentaires.

Il s'agit d'un plafond global annuel par Bénéficiaire. Ce plafond est majoré après deux (2) Années d'assurance selon les montants prévus dans le tableau des garanties du présent document.

2.8 • DÉFINITION MODULE « AIDES AUDITIVES »

Les équipements pris en charge par la Sécurité sociale

- Les aides auditives, prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, prescrites médicalement pour les personnes de plus de 20 ans.
- Les aides auditives, prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, prescrites médicalement pour les personnes jusqu'à 20 ans inclus et les personnes souffrant d'un déficit auditif et de cécité, quel que soit leur âge.

Les piles et accessoires pris en charge par la Sécurité sociale

- Les piles et accessoires pour les personnes de plus de 20 ans.
- Les piles et accessoires pour les personnes jusqu'à 20 ans inclus et les personnes souffrant d'un déficit auditif et de cécité quel que soit leur âge.

Les règles de prise en charge des aides auditives sont définies comme suit :

Les équipements 100% santé (Classe I)

Les équipements (aides auditives, piles et accessoires) relevant du « 100 % santé » (classe I) sont remboursés intégralement par le contrat et l'Assurance Maladie Obligatoire dans la limite des prix limites de vente.

Les équipements à « tarifs libres » (Classe II)

Les équipements ne relevant pas du « 100 % santé » (Classe II) sont pris en charge dans les conditions définies ci-dessous. La prise en charge est exprimée pour un équipement par oreille et respecte les conditions cumulatives suivantes :

- le montant des prestations est limité au montant indiqué dans le tableau de garanties du présent document. Il inclut la prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur et de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- l'Assurance Maladie Obligatoire et le contrat prennent en charge une aide auditive par oreille dans la limite de 1 700€ par période de 4 ans.

Renouvellement de l'équipement

Pour les équipements 100% santé (Classe I) et les équipements à « tarifs libres » (Classe II), la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. Ces dispositions s'appliquent à partir du 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

2.9 • DÉFINITION MODULE « PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE »

Les actes de prévention

Il s'agit des actes suivants : détartrage, bilan gingival, ostéodensitométrie, scellement des sillons, dépistages des troubles de l'audition, vaccins, dépistages hépatite B, bas de contention et bilan mémoire.

Ces actes sont pris en charge par le contrat, au moins à hauteur du ticket modérateur.

Les séances diététiques pour les enfants de 6 à 16 ans (à la date de consultation) et les femmes enceintes,

dans la limite de 2 séances par année civile et par bénéficiaire.

L'âge des enfants est calculé par différence de millésime.

La cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale

Cures thermales effectuées dans des stations thermales conventionnées par la Sécurité sociale.

- Le forfait de surveillance médicale.
- Le forfait thermal.
- Les frais de transport et d'hébergement.

Médecines douces non prises en charge par la Sécurité sociale

Il s'agit des prestations suivantes :

- ostéopathie, chiropraxie, réflexologie, sophrologie, phytothérapie, pédicurie et podologie non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire,

dans la limite d'un montant forfaitaire annuel ;

- psychologue, pour les enfants de moins de 14 ans,
dans la limite de 3 séances par année civile et par bénéficiaire.

La prise en charge est également conditionnée à ce que le praticien dispose d'un diplôme d'état dans sa spécialité et d'un numéro d'immatriculation au registre du commerce (numéro SIRET).

2.10 • 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 *itineo santé* soit effectuée dans les douze (12) mois suivant la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

2.11 • 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 la Sécurité sociale 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 socio-environnementales, la majoration du tarif fixée par la Sécurité sociale ;
- 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 dès le 1^{er} jour d'hospitalisation pour chaque séjour en établissement hospitalier public ou privé agréé par le Ministère de la Santé, y compris les hospitalisations de jour.

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 la Sécurité sociale.

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

- 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 gérontologie, de soins de longue durée 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 *itineo santé* 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 la Sécurité sociale. 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, votre garantie couvre au minimum le Ticket Modérateur laissé à votre charge par la Sécurité sociale sur tous les actes qu'elle rembourse (sauf pour les frais de cure thermique 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.

TABLEAUX DES GARANTIES

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

itineo DYNAMISME 25 à 28

itineo TRIBU 29 à 32

itineo VITALITÉ 33 à 36

itineo DYNAMISME

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

Conformément aux dispositions relatives au contrat responsable, votre garantie couvre au minimum le Ticket Modérateur laissé à votre charge par la Sécurité Sociale 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), voire au-delà lorsque stipulé au tableau de garanties ci-dessous.

 HOSPITALISATION	ÉCO	ESSENTIEL	RENFORT	EXIGENCE
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER				
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES				
Honoraires des chirurgiens et anesthésistes pris en charge par la Sécurité sociale				
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
AUTRES ACTES				
Participation forfaitaire pour les actes lourds	24€	24€	24€	24€
Frais de séjour en secteur conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière de nuit (limitée à 30 jours en psychiatrie)	-	20€ / jour avec franchise de 48 h	40€ / jour	60€ / jour
Chambre particulière de jour	-	15€ / jour	20€ / jour	30€ / jour
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Allocation journalière d'hospitalisation (en option)	-	-	20€ / jour	30€ / jour
 SOINS COURANTS	ÉCO	ESSENTIEL	RENFORT	EXIGENCE
HONORAIRES MÉDICAUX				
Médecins généralistes				
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	145 % BR	200 % BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	125 % BR	180 % BR
Médecins spécialistes				
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	145 % BR	200 % BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	125 % BR	180 % BR
Actes techniques médicaux				
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	145 % BR	200 % BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	125 % BR	180 % BR
Actes d'imagerie médicale et de radiologie				
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	145 % BR	200 % BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	125 % BR	180 % BR

 SOINS COURANTS (suite)	ÉCO	ESSENTIEL	RENFORT	EXIGENCE
HONORAIRES PARAMÉDICAUX				
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
MÉDICAMENTS				
Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale				
• Médicaments à SMR majeur ou important (65%)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Médicaments à SMR modéré (30%)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Médicaments à SMR faible (15%)	15% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires de dispensation	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
MATÉRIEL MÉDICAL				
Grand appareillage	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Petit appareillage pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	115% BR
🕶️ OPTIQUE				
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ - CLASSE A (3)(4)				
Monture, verres et suppléments de la classe A	Sans reste à charge(5)			
ÉQUIPEMENTS À TARIF LIBRE - CLASSE B (4)				
Adulte ≥ 16 ans				
Monture	100% BR	60€	80€	100€
Verre simple (dont supplément d'optique remboursé)				
• Années 1 à 2	100% BR	60€	80€	100€
• Années 3 et suivantes Bonus fidélité	100% BR	80€	100€	120€
Verre complexe et hypercomplexe (dont supplément d'optique remboursé)				
• Années 1 à 2	100% BR	95€	130€	175€
• Années 3 et suivantes Bonus fidélité	100% BR	115€	150€	195€
Enfant < 16 ans				
Monture	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Verre simple (dont supplément d'optique remboursé)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Verre complexe et hypercomplexe (dont supplément d'optique remboursé)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
AUTRES ACTES				
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR + 50€/an	100% BR + 100€/an	100% BR + 150€/an
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	-	80€ / an	130€ / an	180€ / an
Chirurgie réfractive et ophtalmique	-	200€ / œil	300€ / œil	400€ / œil



DENTAIRE

ÉCO

ESSENTIEL

RENFORT

EXIGENCE

Votre garantie couvre au minimum le Ticket Modérateur laissé à votre charge par la Sécurité sociale 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 des plafonds prévus au tableau de garanties ci-dessous.

SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Soins et Prothèses 100 % Santé⁽³⁾

Soins et prothèses 100 % santé

Sans reste à charge⁽⁵⁾

Soins

Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	100€ / an	150€ / an

Soins et Prothèses à tarifs maîtrise⁽⁵⁾ et libre

Soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale (hors inlay onlay)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Inlay onlay	100% BR	100% BR	100% BR + 100€ / dent	100% BR + 150€ / dent
Bridges ⁽⁶⁾				
• Années 1 à 2	100% BR	600€	1020€	1200€
• Années 3 et suivantes Bonus fidélité	100% BR	810€	1230€	1410€
Prothèses fixes et Inlay core ⁽⁶⁾				
• Années 1 à 2	100% BR	200€	340€	400€
• Années 3 et suivantes Bonus fidélité	100% BR	270€	410€	470€
Couronnes transitoires prises en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses amovibles				
• Années 1 à 2	100% BR	200€ / an	340€ / an	480€ / an
• Années 3 et suivantes Bonus fidélité	100% BR	270€ / an	410€ / an	550€ / an

PROTHÈSES DENTAIRES NON PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Implants non pris en charge par la Sécurité sociale	-	-	210€ / an	460€ / an
---	---	---	-----------	-----------

ORTHODONTIE

Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	50€ / semestre	100€ / semestre	125€ / semestre



AIDES AUDITIVES

ÉCO

ESSENTIEL

RENFORT

EXIGENCE

EQUIPEMENTS 100 % SANTE - CLASSE I⁽³⁾⁽⁸⁾

Aides auditives, piles et accessoires 100 % santé


Sans reste à charge⁽⁵⁾

EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE II⁽⁸⁾

Aide auditive, par oreille, pour les personnes de plus de 20 ans	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Aide auditive, par oreille, pour les personnes jusqu'à 20 ans inclus et les personnes souffrant d'un déficit auditif et de cécité quel que soit leur âge	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

AUTRES ACTES A TARIF LIBRE - CLASSE II

Piles, accessoires et gestion administrative à tarif libre	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
--	---------	---------	---------	---------

 PRÉVENTION & BIEN-ÊTRE	ÉCO	ESSENTIEL	RENFORT	EXIGENCE
CURE THERMALE				
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
MÉDICAMENTS				
Médicaments prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale				
• Contraception	-	20€ / an	30€ / an	40€ / an
• Substituts nicotiniques (à partir du 2 ^e mois de traitement) ⁽⁹⁾	-	50€ / an	50€ / an	50€ / an
• Vaccin antigrippal	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
PRÉVENTION				
Actes de prévention	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Séance diététique	-	-	60€ / an	150€ / an
MÉDECINES DOUCES				
Ostéopathie, Chiropraxie, Réflexologie, Sophrologie, Phytothérapie, Pédicure et Podologie non prises en charge par la Sécurité sociale	-	-	60€ / an	120€ / an

(1) Le forfait journalier facturé dans le cadre d'un séjour au sein d'Établissements Médico-Sociaux n'est pas remboursé.

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

(3) Tels que définis réglementairement pour les soins et prothèses dentaires, les équipements optiques et les aides auditives éligibles en 2021.

(4) Un équipement optique peut être constitué de verres et de monture appartenant à des classes A ou B différentes.

Le remboursement est limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu réglementairement pour l'équipement ou uniquement les verres, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Les délais de renouvellement courent à compter de la date de délivrance de l'équipement optique ou de la partie de l'équipement concerné.

La prise en charge de 2 équipements est autorisée en cas d'intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique sous réserve de mention sur l'ordonnance prescrite par l'ophtalmologiste. Les conditions de renouvellement s'appliquent alors à chacun des équipements séparément.

(5) Dans la limite des prix limites de vente tels que définis réglementairement.

(6) Bridges, prothèses fixes et inlay core dans la limite d'un plafond annuel global, par niveau, indiqué ci-dessous. Une fois le plafond atteint, le ticket modérateur est systématiquement pris en charge et non comptabilisé dans ce plafond.

- Plafond dentaire niveau ÉCO : néant.

- Plafond dentaire niveau ESSENTIEL : 600 € les 1^{ère} et 2^e année et 810 € à partir de la 3^e année d'adhésion - **Bonus fidélité.**

- Plafond dentaire niveau RENFORT : 1 020 € les 1^{ère} et 2^e année et 1 230 € à partir de la 3^e année d'adhésion - **Bonus fidélité.**

- Plafond dentaire niveau EXIGENCE : 1 200 € les 1^{ère} et 2^e année et 1 410 € à partir de la 3^e année d'adhésion - **Bonus fidélité.**

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

(8) Le remboursement est limité à la prise en charge d'un équipement par oreille par période de 4 ans.

(9) 25€ par mois pendant 2 mois sur prescription, pour un traitement de 3 mois.

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

Conformément aux dispositions relatives au contrat responsable, votre garantie couvre au minimum le Ticket Modérateur laissé à votre charge par la Sécurité Sociale sur tous les actes qu'elle rembourse (sauf pour les frais de cure thermique et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré), voire au-delà lorsque stipulé au tableau de garanties ci-dessous.

 HOSPITALISATION	ÉCO	ESSENTIEL	RENFORT	EXIGENCE
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER				
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES				
Honoraires des chirurgiens et anesthésistes pris en charge par la Sécurité sociale				
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	145 % BR	190 % BR	230 % BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	125 % BR	170 % BR	200 % BR
AUTRES ACTES				
Participation forfaitaire pour les actes lourds	24€	24€	24€	24€
Frais de séjour en secteur conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière de nuit (limitée à 30 jours en psychiatrie)	-	40€ / jour avec franchise de 48 h	60€ / jour	80€ / jour
Chambre particulière de jour	-	20€ / jour	30€ / jour	40€ / jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	-	25€ / jour	30€ / jour	35€ / jour
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Allocation journalière d'hospitalisation (en option)	-	20€ / jour	30€ / jour	45€ / jour
 SOINS COURANTS	ÉCO	ESSENTIEL	RENFORT	EXIGENCE
HONORAIRES MÉDICAUX				
Médecins généralistes				
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Médecins spécialistes				
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux				
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale et de radiologie				
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR

 SOINS COURANTS (suite)	ÉCO	ESSENTIEL	RENFORT	EXIGENCE
HONORAIRES PARAMÉDICAUX				
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
MÉDICAMENTS				
Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale				
• Médicaments à SMR majeur ou important (65%)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Médicaments à SMR modéré (30%)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Médicaments à SMR faible (15%)	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires de dispensation	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
MATÉRIEL MÉDICAL				
Grand appareillage	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Petit appareillage pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	115 % BR	115 % BR
 OPTIQUE	ÉCO	ESSENTIEL	RENFORT	EXIGENCE
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ - CLASSE A ⁽³⁾ ⁽⁴⁾				
Monture, verres et suppléments de la classe A	Sans reste à charge ⁽⁵⁾			
ÉQUIPEMENTS À TARIF LIBRE - CLASSE B ⁽⁴⁾				
Adulte ≥ 16 ans				
Monture	100 % BR	60€	80€	100€
Verre simple (dont supplément d'optique remboursé)				
• Années 1 à 2	100 % BR	60€	80€	100€
• Années 3 et suivantes Bonus fidélité	100 % BR	80€	100€	120€
Verre complexe et hypercomplexe (dont supplément d'optique remboursé)				
• Années 1 à 2	100 % BR	95€	130€	175€
• Années 3 et suivantes Bonus fidélité	100 % BR	115€	150€	195€
Enfant < 16 ans				
Monture	100 % BR	30€	60€	100€
Verre simple (dont supplément d'optique remboursé)				
• Années 1 à 2	100 % BR	35€	70€	75€
• Années 3 et suivantes Bonus fidélité	100 % BR	50€	80€	90€
Verre complexe et hypercomplexe (dont supplément d'optique remboursé)				
• Années 1 à 2	100 % BR	85€	120€	150€
• Années 3 et suivantes Bonus fidélité	100 % BR	100€	130€	165€
AUTRES ACTES				
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100%BR + 50€/an	100%BR + 100€/an	100%BR + 150€/an
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	-	80€ / an	130€ / an	180€ / an
Chirurgie réfractive et ophtalmique	-	200€ / œil	300€ / œil	400€ / œil



DENTAIRE

ÉCO

ESSENTIEL

RENFORT

EXIGENCE

Votre garantie couvre au minimum le Ticket Modérateur laissé à votre charge par la Sécurité sociale 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 des plafonds prévus au tableau de garanties ci-dessous.

SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Soins et Prothèses 100 % Santé⁽³⁾

Soins et prothèses 100 % santé

Sans reste à charge⁽⁵⁾

Soins

Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	100 € / an	150 € / an

Soins et Prothèses à tarifs maîtrise⁽⁵⁾ et libre

Soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale (hors inlay onlay)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay onlay	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 100 € / dent	100 % BR + 150 € / dent
Bridges ⁽⁶⁾				
• Années 1 à 2	100 % BR	600 €	1 020 €	1 200 €
• Années 3 et suivantes Bonus fidélité	100 % BR	810 €	1 230 €	1 410 €
Prothèses fixes et Inlay core ⁽⁶⁾				
• Années 1 à 2	100 % BR	200 €	340 €	400 €
• Années 3 et suivantes Bonus fidélité	100 % BR	270 €	410 €	470 €
Couronnes transitoires prises en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses amovibles				
• Années 1 à 2	100 % BR	200 € / an	340 € / an	480 € / an
• Années 3 et suivantes Bonus fidélité	100 % BR	270 € / an	410 € / an	550 € / an

PROTHÈSES DENTAIRES NON PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Implants non pris en charge par la Sécurité sociale	-	-	250 € / an	500 € / an
---	---	---	------------	------------

ORTHODONTIE

Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾	100 % BR	200 € / semestre	300 € / semestre	400 € / semestre
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	50 € / semestre	100 € / semestre	125 € / semestre



AIDES AUDITIVES

ÉCO

ESSENTIEL

RENFORT

EXIGENCE

EQUIPEMENTS 100 % SANTE - CLASSE I⁽³⁾ (8)

Aides auditives, piles et accessoires 100 % santé


Sans reste à charge⁽⁵⁾

EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE II⁽⁸⁾

Aide auditive, par oreille, pour les personnes de plus de 20 ans	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Aide auditive, par oreille, pour les personnes jusqu'à 20 ans inclus et les personnes souffrant d'un déficit auditif et de cécité quel que soit leur âge	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

AUTRES ACTES A TARIF LIBRE - CLASSE II

Piles, accessoires et gestion administrative à tarif libre	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
--	----------	----------	----------	----------

 PRÉVENTION & BIEN-ÊTRE	ÉCO	ESSENTIEL	RENFORT	EXIGENCE
CURE THERMALE				
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
MÉDICAMENTS				
Médicaments prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale				
• Contraception	-	20€ / an	30€ / an	40€ / an
• Substituts nicotiniques (à partir du 2 ^e mois de traitement) ⁽⁹⁾	-	50€ / an	50€ / an	50€ / an
• Vaccin antigrippal	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
PRÉVENTION				
Actes de prévention	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Séance diététique	-	60€ / an	120€ / an	150€ / an
MÉDECINES DOUCES				
Ostéopathie, Chiropraxie, Réflexologie, Sophrologie, Phytothérapie, Pédicurie et Podologie non prises en charge par la Sécurité sociale	-	60€ / an	90€ / an	120€ / an
Psychologue pour les enfants de moins de 14 ans (3 séances par an)	-	20€ / séance	30€ / séance	40€ / séance

(1) Le forfait journalier facturé dans le cadre d'un séjour au sein d'Établissements Médico-Sociaux n'est pas remboursé.

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

(3) Tels que définis réglementairement pour les soins et prothèses dentaires, les équipements optiques et les aides auditives éligibles en 2021.

(4) Un équipement optique peut être constitué de verres et de monture appartenant à des classes A ou B différentes.

Le remboursement est limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu réglementairement pour l'équipement ou uniquement les verres, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Les délais de renouvellement courent à compter de la date de délivrance de l'équipement optique ou de la partie de l'équipement concerné.

La prise en charge de 2 équipements est autorisée en cas d'intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, amblyopie et/ou strabisme nécessitant une pénalisation optique sous réserve de mention sur l'ordonnance prescrite par l'ophtalmologiste. Les conditions de renouvellement s'appliquent alors à chacun des équipements séparément.

(5) Dans la limite des prix limites de vente tels que définis réglementairement.

(6) Bridges, prothèses fixes et inlay core dans la limite d'un plafond annuel global, par niveau, indiqué ci-dessous. Une fois le plafond atteint, le ticket modérateur est systématiquement pris en charge et non comptabilisé dans ce plafond.

- Plafond dentaire niveau ECO : néant.

- Plafond dentaire niveau ESSENTIEL : 600 € les 1^{ère} et 2^e année et 810 € à partir de la 3^e année d'adhésion - **Bonus fidélité.**

- Plafond dentaire niveau RENFORT : 1 020 € les 1^{ère} et 2^e année et 1 230 € à partir de la 3^e année d'adhésion - **Bonus fidélité.**

- Plafond dentaire niveau EXIGENCE : 1 200 € les 1^{ère} et 2^e année et 1 410 € à partir de la 3^e année d'adhésion - **Bonus fidélité.**

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

(8) Le remboursement est limité à la prise en charge d'un équipement par oreille par période de 4 ans.

(9) 25€ par mois pendant 2 mois sur prescription, pour un traitement de 3 mois.

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

Conformément aux dispositions relatives au contrat responsable, votre garantie couvre au minimum le Ticket Modérateur laissé à votre charge par la Sécurité Sociale 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), voire au-delà lorsque stipulé au tableau de garanties ci-dessous.

 HOSPITALISATION	ÉCO	ESSENTIEL	RENFORT	EXIGENCE
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER				
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES				
Honoraires des chirurgiens et anesthésistes pris en charge par la Sécurité sociale				
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	145 % BR	190 % BR	230 % BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	125 % BR	170 % BR	200 % BR
AUTRES ACTES				
Participation forfaitaire pour les actes lourds	24€	24€	24€	24€
Frais de séjour en secteur conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière de nuit (limitée à 30 jours en psychiatrie)	-	40€ / jour avec franchise de 48 h	60€ / jour	80€ / jour
Chambre particulière de jour	-	20€ / jour	30€ / jour	40€ / jour
Frais d'accompagnement conjoint (âgé de plus de 70 ans)	-	25€ / jour	30€ / jour	35€ / jour
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Allocation journalière d'hospitalisation (en option)	-	20€ / jour	30€ / jour	45€ / jour
 SOINS COURANTS	ÉCO	ESSENTIEL	RENFORT	EXIGENCE
HONORAIRES MÉDICAUX				
Médecins généralistes				
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Médecins spécialistes				
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux				
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale et de radiologie				
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR

 SOINS COURANTS (suite)	ÉCO	ESSENTIEL	RENFORT	EXIGENCE
HONORAIRES PARAMÉDICAUX				
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
MÉDICAMENTS				
Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale				
• Médicaments à SMR majeur ou important (65%)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Médicaments à SMR modéré (30%)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Médicaments à SMR faible (15%)	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires de dispensation	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
MATÉRIEL MÉDICAL				
Grand appareillage	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Petit appareillage pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	115 % BR	115 % BR
 OPTIQUE	ÉCO	ESSENTIEL	RENFORT	EXIGENCE
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ - CLASSE A ⁽³⁾ ⁽⁴⁾				
Monture, verres et suppléments de la classe A	Sans reste à charge ⁽⁵⁾			
ÉQUIPEMENTS À TARIF LIBRE - CLASSE B ⁽⁴⁾				
Adulte ≥ 16 ans				
Monture	100 % BR	60 €	80 €	100 €
Verre simple (dont supplément d'optique remboursé)				
• Années 1 à 2	100 % BR	60 €	80 €	100 €
• Années 3 et suivantes Bonus fidélité	100 % BR	80 €	100 €	120 €
Verre complexe et hypercomplexe (dont supplément d'optique remboursé)				
• Années 1 à 2	100 % BR	95 €	130 €	175 €
• Années 3 et suivantes Bonus fidélité	100 % BR	115 €	150 €	195 €
Enfant < 16 ans				
Monture	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Verre simple (dont supplément d'optique remboursé)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Verre complexe et hypercomplexe (dont supplément d'optique remboursé)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
AUTRES ACTES				
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR + 50 € / an	100 % BR + 100 € / an	100 % BR + 150 € / an
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	-	80 € / an	130 € / an	180 € / an
Chirurgie réfractive et ophtalmique	-	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil



DENTAIRE

ÉCO

ESSENTIEL

RENFORT

EXIGENCE

Votre garantie couvre au minimum le Ticket Modérateur laissé à votre charge par la Sécurité sociale 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 des plafonds prévus au tableau de garanties ci-dessous.

SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Soins et Prothèses 100 % Santé⁽³⁾

Soins et prothèses 100 % santé

Sans reste à charge⁽⁵⁾

Soins

Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale

100% BR

100% BR

100% BR

100% BR

Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale

-

-

100€ / an

150€ / an

Soins et Prothèses à tarifs maîtrise⁽⁵⁾ et libre

Soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale (hors inlay onlay)

100% BR

100% BR

100% BR

100% BR

Inlay onlay

100% BR

100% BR

100% BR + 100€ / dent

100% BR + 150€ / dent

Bridges⁽⁶⁾

• Années 1 à 2

100% BR

600€

1020€

1200€

• Années 3 et suivantes **Bonus fidélité**

100% BR

810€

1230€

1410€

Prothèses fixes et Inlay core⁽⁶⁾

• Années 1 à 2

100% BR

200€

340€

400€

• Années 3 et suivantes **Bonus fidélité**

100% BR

270€

410€

470€

Couronnes transitoires prises en charge par la Sécurité sociale

100% BR

100% BR

100% BR

100% BR

Prothèses amovibles

• Années 1 à 2

100% BR

250€ / an

390€ / an

480€ / an

• Années 3 et suivantes **Bonus fidélité**

100% BR

320€ / an

460€ / an

550€ / an

PROTHÈSES DENTAIRES NON PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Implants non pris en charge par la Sécurité sociale

-

-

250€ / an

500€ / an

ORTHODONTIE

Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale⁽⁷⁾

100% BR

100% BR

100% BR

100% BR

Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale

-

50€ / semestre

100€ / semestre

125€ / semestre



AIDES AUDITIVES

ÉCO

ESSENTIEL

RENFORT

EXIGENCE

EQUIPEMENTS 100 % SANTE - CLASSE I⁽³⁾ (8)

Aides auditives, piles et accessoires 100 % santé

Sans reste à charge⁽⁵⁾

EQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE II⁽⁸⁾

Aide auditive, par oreille, pour les personnes de plus de 20 ans

100% BR

400€

600€

750€

Aide auditive, par oreille, pour les personnes jusqu'à 20 ans inclus et les personnes souffrant d'un déficit auditif et de cécité quel que soit leur âge

100% BR

100% BR

100% BR

100% BR

AUTRES ACTES A TARIF LIBRE - CLASSE II

Piles, accessoires et gestion administrative à tarif libre pour les personnes de plus de 20 ans

100% BR

200€ / an

200€ / an

200€ / an


Piles, accessoires et gestion administrative à tarif libre pour les personnes jusqu'à 20 ans inclus et les personnes souffrant d'un déficit auditif et de cécité quel que soit leur âge

100% BR

100% BR

100% BR

100% BR

 PRÉVENTION & BIEN-ÊTRE	ÉCO	ESSENTIEL	RENFORT	EXIGENCE
CURE THERMALE				
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR + 125€ / cure	100% BR + 150€ / cure	100% BR + 175€ / cure
MÉDICAMENTS				
Médicaments prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale				
• Substituts nicotiniques (à partir du 2 ^e mois de traitement) ⁽⁹⁾	-	50€ / an	50€ / an	50€ / an
• Vaccin antigrippal	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
PRÉVENTION				
Actes de prévention	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Séance diététique	-	60€ / an	120€ / an	150€ / an
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale (un examen par période de 3 années civiles à partir du 1 ^{er} janvier de l'année des 50 ans)	-	50€ / an	50€ / an	80€ / an
Bas de contention	-	20€ / an	30€ / an	40€ / an
Bilan mémoire	-	50€ / an	50€ / an	70€ / an
MÉDECINES DOUCES				
Ostéopathie, Chiropraxie, Réflexologie, Sophrologie, Phytothérapie, Pédicurie et Podologie non prises en charge par la Sécurité sociale	-	60€ / an	90€ / an	120€ / an

(1) Le forfait journalier facturé dans le cadre d'un séjour au sein d'Établissements Médico-Sociaux n'est pas remboursé.

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

(3) Tels que définis réglementairement pour les soins et prothèses dentaires, les équipements optiques et les aides auditives éligibles en 2021.

(4) Un équipement optique peut être constitué de verres et de monture appartenant à des classes A ou B différentes.

Le remboursement est limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu réglementairement pour l'équipement ou uniquement les verres, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Les délais de renouvellement courent à compter de la date de délivrance de l'équipement optique ou de la partie de l'équipement concerné.

La prise en charge de 2 équipements est autorisée en cas d'intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique sous réserve de mention sur l'ordonnance prescrite par l'ophtalmologiste. Les conditions de renouvellement s'appliquent alors à chacun des équipements séparément.

(5) Dans la limite des prix limites de vente tels que définis réglementairement.

(6) Bridges, prothèses fixes et inlay core dans la limite d'un plafond annuel global, par niveau, indiqué ci-dessous. Une fois le plafond atteint, le ticket modérateur est systématiquement pris en charge et non comptabilisé dans ce plafond.

- Plafond dentaire niveau ECO : néant.

- Plafond dentaire niveau ESSENTIEL : 600 € les 1^{ère} et 2^e année et 810 € à partir de la 3^e année d'adhésion - **Bonus fidélité.**

- Plafond dentaire niveau RENFORT : 1 020 € les 1^{ère} et 2^e année et 1 230 € à partir de la 3^e année d'adhésion - **Bonus fidélité.**

- Plafond dentaire niveau EXIGENCE : 1 200 € les 1^{ère} et 2^e année et 1 410 € à partir de la 3^e année d'adhésion - **Bonus fidélité.**

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

(8) Le remboursement est limité à la prise en charge d'un équipement par oreille par période de 4 ans.

(9) 25€ par mois pendant 2 mois sur prescription, pour un traitement de 3 mois.

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'indemnisation 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 la Sécurité sociale, 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 la Sécurité sociale 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 la Sécurité sociale :
 - les originaux des décomptes sauf dans le cas de télétransmission avec votre caisse de Sécurité sociale (NOÉMIE),
 - les factures acquittées et détaillées.

- Soins non remboursés par la Sécurité sociale :
 - 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.

À 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 de Sécurité sociale de chaque Bénéficiaire, de la formule de 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'Adhérent.

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 par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal.

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

En cas de décès de l'Adhérent, 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 à *itineo santé* 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 *itineo santé*.

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.

Dans ce cas, l'Adhérent dispose d'une faculté de résiliation dans les conditions définies à l'article 8.2.1 de la présente notice.

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

L'Adhérent 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'Adhérent ;
- changement de régime d'Assurance Maladie Obligatoire de l'Adhérent 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'Adhérent 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 > EXONÉRATION, SOUS CONDITIONS, DE COTISATION EN CAS DE CHÔMAGE

7.1 • OBJET

Cette garantie a pour objet d'exonérer l'Adhérent du paiement de sa cotisation, en cas de Chômage Total suite au licenciement économique de l'Adhérent ou de son conjoint inscrit en qualité d'ayant droit à *itineo santé*, dans les conditions définies ci-après.

7.2 • CONDITIONS D'APPLICATION DE LA GARANTIE

Les conditions pour prétendre à bénéficier de l'Exonération sous conditions, de cotisation en cas de chômage sont :

- ne pas avoir atteint l'âge permettant de bénéficier d'une retraite à taux plein ;
- justifier d'une ancienneté d'au moins douze (12) mois à *itineo santé* à la date de licenciement pour motif économique ;
- occuper, depuis au moins douze (12) mois à la date du licenciement pour motif économique, un emploi salarié à durée indéterminée ouvrant droit aux allocations versées par le Pôle emploi.

Tout licenciement intervenu avant l'adhésion ou au cours des douze (12) premiers mois d'ancienneté à *itineo santé*, ne donne jamais lieu à l'exonération de cotisation.

7.3 • EXCLUSIONS

Événements occasionnant directement ou indirectement la perte d'emploi de l'Adhérent ou de son conjoint mais ne donnant pas lieu à l'application de la garantie :

- rupture du contrat de travail en période d'essai ;
- fin d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de travail temporaire ;
- démissions volontaires, légitimes ou non, même si elles sont indemnisées par le Pôle emploi ;
- chômage partiel ou saisonnier ;
- cessation d'activité dans le cadre d'une convention de conversion ;
- licenciement pour faute grave ou lourde ;
- départ en retraite, en préretraite ou autre forme de cessation d'activité dont la réglementation implique l'absence de recherche d'un nouvel emploi ;
- cessation d'activité résultant d'un accord entre l'employeur et le salarié dit « départ négocié », y compris ceux donnant lieu à indemnisation par le Pôle emploi ;

- rupture conventionnelle ;
- licenciement de l'Adhérent salarié par son conjoint, ascendant, descendant, collatéral ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son conjoint, ascendant, descendant, collatéral ;
- licenciement du conjoint salarié de l'Adhérent, ascendant, descendant, collatéral ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son conjoint, ascendant, descendant, collatéral.

7.4 • MONTANT DE L'EXONÉRATION DE COTISATION

L'Adhérent, tant que le Chômage Total persiste, est exonéré du paiement d'une fraction de sa cotisation équivalente au douzième (12^e) du montant de la cotisation totale annuelle (toutes options confondues) au titre de *itineo santé*, sous réserve du paiement effectif par l'Adhérent des cotisations dues au jour du Chômage Total.

7.5 • FRANCHISE

Pour donner droit à une exonération de cotisation, le Chômage Total doit être indemnisé par le Pôle emploi durant une période continue de douze (12) mois. Le premier (1^{er}) jour de cette période correspond au premier (1^{er}) jour du versement des allocations Pôle emploi (allocation d'aide au retour à l'emploi), au titre du Chômage Total garanti.

L'exonération de cotisation débute à compter du premier (1^{er}) jour du treizième (13^e) mois du versement d'allocations par le Pôle emploi.

Une nouvelle Franchise de douze (12) mois est appliquée entre deux (2) périodes de Chômage Total garanti.

7.6 • DURÉE MAXIMUM D'EXONÉRATION DE COTISATION

Après expiration de la Franchise, la durée maximum de l'exonération de cotisation est de douze (12) mois au titre d'une seule et même période continue de Chômage Total.

Une nouvelle Franchise de douze (12) mois est appliquée entre deux (2) périodes d'indemnisation.

Tout mois de Chômage Total commencé est intégralement exonéré de cotisation.

À l'issue d'une période d'exonération, l'Adhérent ou son conjoint inscrit en qualité d'ayant droit à *itineo santé* peut prétendre à une nouvelle période d'exonération sous réserve de totaliser à nouveau douze (12) mois d'ancienneté dans un nouvel emploi et avoir fait l'objet d'un licenciement pour motif économique.

7.7 • DÉCLARATION

La perte d'emploi doit être déclarée dans les douze (12) mois qui suivent sa survenance. Au-delà, l'exonération de cotisation s'effectue à compter du premier (1^{er}) jour du mois suivant la date de déclaration. En tout état de cause, la période d'exonération ne peut se poursuivre au-delà du vingt-quatrième (24^e) mois de Chômage Total.

7.8 PIÈCES À FOURNIR

Après la déclaration de perte d'emploi, devront être adressés à La Mutuelle Générale les documents suivants :

- la lettre d'admission au bénéfice des allocations d'assurance chômage délivrée par le Pôle emploi ;
- les décomptes d'allocations Pôle emploi depuis l'origine.

Par la suite, afin de continuer à bénéficier de l'exonération de cotisation, l'Adhérent devra fournir chaque mois à La Mutuelle Générale et sans interruption les décomptes d'allocations Pôle emploi. À défaut, l'exonération de cotisation sera suspendue.

Par ailleurs, La Mutuelle Générale peut demander tout document complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

7.9 • CESSATION DE L'EXONÉRATION

L'exonération de cotisation cesse à la fin du mois de survenance de l'un des événements suivants :

- la reprise d'une activité salariée rémunérée totale ou partielle ;
- la cessation du versement des allocations par le Pôle emploi ;
- la cessation d'activité professionnelle ;
- la résiliation des garanties ;
- le décès de l'Adhérent ou de son conjoint qui était au Chômage Total.

7.10 • CESSATION DE GARANTIE

La garantie cesse de plein droit dès la survenance de l'un des événements suivants :

- en cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance annuelle du 31 décembre ;
- en cas de dénonciation du contrat collectif par l'ANACCS à l'échéance annuelle ;
- à la date où l'Adhérent cesse de bénéficier de la garantie Santé du contrat *itineo santé* ;
- au 31 décembre de l'année où l'Adhérent atteint l'âge permettant de bénéficier d'une retraite à taux plein ;
- en cas de cessation d'activité professionnelle ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- en cas de démission par l'Adhérent de l'ANACCS.

7.11 • MODIFICATION DES GARANTIES OU DE L'ADHÉSION PENDANT LA PÉRIODE D'EXONÉRATION DE LA COTISATION

Pendant la période d'exonération de cotisation, l'Adhérent ne peut pas modifier ses garanties à la hausse, ni affilier un nouvel ayant droit à l'exception d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté.

8 > LA VIE DE L'ADHÉSION

8.1 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 la Complémentaire santé solidaire, l'Adhérent peut modifier son contrat afin de basculer sur l'offre prévue à cet effet.

8.2 TERME DES GARANTIES

8.2.1 Résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Adhérent

L'Adhérent peut résilier son adhésion tous les ans en adressant à La Mutuelle Générale au moins deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année en cours une notification par lettre, par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité.

L'Adhérent peut également résilier son adhésion après expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La résiliation peut être notifiée par lettre, par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité.

La Mutuelle confirme par écrit la prise en compte de la demande.

La résiliation prend effet un mois après que La Mutuelle Générale en a reçu notification.

L'Adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La Mutuelle Générale est tenue de rembourser le solde à l'Adhérent dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation. À défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

La résiliation de l'adhésion peut par ailleurs être acceptée en cours d'année dans les cas suivants :

- si l'Adhérent apporte la preuve qu'un accord d'entreprise ou une convention collective impose son affiliation obligatoire à un autre organisme ;
- en cas de modification de ses droits et obligations, l'Adhérent dispose d'une faculté de résiliation dans les conditions définies à l'article L221-6 du Code de la mutualité ;
- lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus réunies ;
- en cas de modification de la cotisation résultant de la survenance d'un des événements suivants :
 - changement de régime obligatoire ;
 - changement de département de résidence de l'Adhérent.

La demande de résiliation peut être adressée à la Mutuelle par lettre ou par tout support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, accompagnée du justificatif de l'événement précité.

La Mutuelle doit confirmer par écrit la prise en compte de la demande.

Dans ce cas, la résiliation prend effet le premier jour du mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande de résiliation.

8.2.2 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

Cette notice d'information présente **LES GARANTIES D'ASSISTANCE** destinées aux sociétaires de l'Association des Adhérents de Contrats Collectifs (ANACCS), **Bénéficiaires du contrat *itineo santé* et membres participants de La Mutuelle Générale.**

Les garanties d'assistance sont assurées et mises en œuvre par **notre partenaire 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 40 000 - 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.

Notre partenaire IMA ASSURANCES

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

 **N°Cristal 09 69 363 765**

APPEL NON SURTAXE

ou

+33 5 49 34 82 49 depuis l'étranger

SOMMAIRE

DÉFINITIONS	46
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	48
1 • CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES	49
1.1 Faits générateurs	49
1.2 Intervention	49
1.2.1 Délai de demande d'assistance	49
1.2.2 Application des garanties	49
2 • GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION	50
2.1 Informations juridiques liées à la naissance d'un enfant	50
2.2 Informations médicales liées à la naissance d'un enfant	50
2.3 Coaching budget	50
2.4 Coaching retraite	50
2.5 Soutien psychologique	50
3 • GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE, EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE	51
3.1 Aide-ménagère	51
3.1.1 En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible	51
3.1.2 En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée inférieure à 2 jours d'un Adhérent ou de son conjoint, âgé de 80 ans et plus	51
3.2 Location de téléviseur	51
3.3 Prise en charge des animaux domestiques	51
4 • GARANTIES FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE, D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE OU DE SÉJOUR EN MATERNITÉ	52
4.1 Aide-ménagère en cas de naissance	52
4.1.1 En cas de séjour en maternité de moins de 5 jours	52
4.1.2 En cas de séjour en maternité de 5 jours ou plus et/ou en cas de naissance multiple	52
4.2 Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou des enfants handicapés (sans limite d'âge)	52
4.3 Conduite à l'école et retour au domicile des enfants (hors outre-mer)	53
4.4 Prise en charge des enfants (enfant accidenté ou malade)	53
4.5 Soutien scolaire à domicile (enfant accidenté ou malade)	53
4.6 Prise en charge des ascendants	53
5 • GARANTIES EN CAS DE TRAITEMENT PAR CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE, TRITHÉRAPIE, QUADRITHÉRAPIE OU CURIETHÉRAPIE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	54
5.1 Aide-ménagère	54
5.2 Soutien psychologique	54

6 • GARANTIES LIÉES AU DÉCÈS	55
6.1 Aide-ménagère	55
6.2 Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)	55
6.3 Conduite à l'école et retour au domicile des enfants (hors outre-mer)	55
6.4 Prise en charge des ascendants	55
6.5 Prise en charge des animaux domestiques	56
6.6 Soutien psychologique	56
7 • GARANTIE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT À L'ÉTRANGER	56
8 • EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES	57
8.1 Fausse déclaration	57
8.2 Force majeure	57
8.3 Refus du Bénéficiaire	57
8.4 Exclusions	57
9 • VIE DU CONTRAT	58
9.1 Durée des garanties	58
9.2 Résiliation	58
9.3 Prescription	58
9.4 Protection des données personnelles	58
9.5 Réclamation et médiation	59

DÉFINITIONS

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la notice d'information, 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 itineo santé.

Aidant

L'assuré qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche, Personne dépendante, et qui n'est pas salarié pour cette aide.

Animaux domestiques

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

Assistance à domicile

L'assistance à domicile apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale suite à une maladie soudaine et imprévisible ou un accident ou un décès.

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.

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, La Réunion, Guyane et Mayotte).

Hospitalisation

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

Hospitalisation imprévue

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

Hospitalisation programmée

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

Immobilisation

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

Immobilisation imprévue

Immobilisation dont le Bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

Maladie

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

Maladie chronique

Présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer, d'une ancienneté minimale de trois mois, ayant un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :

- une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale ;
- une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle ;
- la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soin médico-social.

Ces maladies ne sont pas prises en charge dans le cadre des garanties décrites ci-après.

Maladie « d'usure » et dégénérative

Les maladies d'usure sont des maladies qui surviennent de manière systématique et qui provoquent le dérèglement du système nerveux, du système cardiovasculaire, du système lymphatique, du système immunitaire et des autres systèmes qui assurent la bonne santé du corps. Elles sont généralement liées à l'âge et concernent par exemple l'ostéoporose, l'arthrose, la cataracte, cette liste n'étant pas exhaustive.

Les maladies dégénératives les plus connues sont : la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la maladie de Pick, la Chorée de Huntington, la maladie de Paget, DMLA... Ces maladies ne sont pas prises en charge dans le cadre des garanties décrites ci-après.

Personne dépendante

Personne ne pouvant effectuer seule les actes de la vie quotidienne (faire sa toilette, se déplacer seule, s'habiller seule, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et relevant des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.

Proche

- Conjoint de droit ou de fait, pacsé ou concubin.
- Ascendants directs ou descendants directs.
- Frères, sœurs, beau-père, belle-mère, gendre, belle-fille, beau-frère ou belle-sœur.

Ou à défaut un proche désigné par l'Adhérent.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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, La 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 décès s'appliquent pour tout décès survenu tant en France qu'à l'étranger.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

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

1 > CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

1.1 • FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'Assistance s'appliquent en cas :

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile ;
- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation programmée ;
- de séjour à la maternité, de naissance multiple ;
- de traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie ;
- de décès ;
- d'événement traumatisant ;
- de passage à la retraite ;

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. Elles ne doivent 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 3.3, 4.2 à 4.6 et 6.2 à 6.4 doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent :

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

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour la garantie Aide-ménagère prévue aux articles 3.1, 4.1 et 6.1, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'immobilisation au domicile, de la sortie d'une hospitalisation ou du décès. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement.

Illustration : en cas d'appel le 15^e jour, la garantie est alors plafonnée à 15 jours.

Aucun délai de demande d'assistance n'est prévu pour la prise en charge des frais de télévision.

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 attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, notre partenaire IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et à 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 aux aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention de notre partenaire 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 notre partenaire IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle. **Notre partenaire 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, notre partenaire IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par notre partenaire IMA ASSURANCES en outre-mer, elles sont prises en charge par notre partenaire IMA ASSURANCES, en accord préalable avec elle, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

Notre partenaire 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.

2 > GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION

2.1 • INFORMATIONS JURIDIQUES LIÉES À LA NAISSANCE D'UN ENFANT

Notre partenaire IMA ASSURANCES met à disposition des Bénéficiaires, du lundi au samedi, de 8h00 à 19h00, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des renseignements en matière de maternité tels que : déclaration de l'enfant, congés (maternité, paternité, parental), fiscalité, adoption, vaccinations...

2.2 • INFORMATIONS MÉDICALES LIÉES À LA NAISSANCE D'UN ENFANT

Une équipe médicale communique 24h/24 sur simple appel, des informations et des conseils médicaux sur les domaines de la santé, des soins du nouveau-né : alimentation, allaitement, sommeil, hygiène, évolution et développement de bébé, vaccinations...

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

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

2.3 • COACHING BUDGET

À tout moment dans les situations telles que la perte d'emploi, une naissance ou une adoption, la séparation de son conjoint, des dépenses de santé ou d'études des enfants, des dépenses liées au décès de l'Adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant...

Dès la souscription, notre partenaire IMA ASSURANCES propose d'analyser le budget familial, de fixer des objectifs pour le rééquilibrer, de réaliser une série de recommandations adaptées à la situation globale de l'Adhérent et de son conjoint, de mettre à disposition des fiches pratiques ainsi qu'un livret de compte pour le suivi du budget.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 6 entretiens téléphoniques avec un Conseiller en Économie Sociale et Familiale sur 12 mois.

2.4 • COACHING RETRAITE

Pour faire de la retraite l'opportunité de construire un projet de vie dynamique et positif pour l'Adhérent, le service Coaching retraite lui propose un accompagnement personnalisé dans la préparation de cette transition.

Grâce à notre partenaire IMA ASSURANCES, l'Adhérent bénéficie d'un échange avec un Conseiller en Économie Sociale et Familiale afin :

- d'identifier et d'anticiper les évolutions majeures dans sa vie quotidienne, telles que l'impact sur son budget, son mode de vie et ses relations sociales et familiales ;
- de l'aider à trouver un nouvel équilibre de vie en se projetant par exemple dans de nouvelles activités sportives, associatives, culturelles, voire professionnelles pour avoir un complément de revenu.

De plus, l'Adhérent bénéficie de conseils lui permettant de préserver une bonne hygiène de vie. Le Conseiller peut également l'orienter vers le centre d'informations et de prévention le plus proche pour effectuer un bilan de santé.

En outre, concernant les démarches administratives liées au départ à la retraite, il oriente l'Adhérent vers les organismes et les sites internet spécialisés.

L'Adhérent bénéficie de ce service par téléphone sur une période de 12 mois.

2.5 • SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

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

En cas de choc émotionnel tel qu'un accident, une maladie grave, un décès, en cas de situation d'aidant ou en cas d'événement perturbant comme un divorce ou le passage à la retraite, affectant l'un des Bénéficiaires, notre partenaire 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 du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à la charge du Bénéficiaire.

3 > GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE, EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

3.1 • AIDE-MÉNAGÈRE

3.1.1. 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 soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'Adhérent ou de son conjoint,

notre partenaire IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, 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. Les gros travaux de ménage, tels que le lavage des vitres ou le rangement des combles ne sont pas prévus dans la garantie. L'aide-ménagère intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour du Bénéficiaire au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation du Bénéficiaire au domicile.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par notre partenaire IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 30 jours.

Un complément jusqu'à 10 heures maximum peut être accordé en cas :

- d'hospitalisation de plus de 15 jours ;
- ou de présence de jeunes enfants de moins de 8 ans ou de conjoint dépendant au domicile.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

3.1.2. En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée inférieure à 2 jours d'un Adhérent ou de son conjoint, âgé de 80 ans et plus

Notre partenaire IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile ou au retour du Bénéficiaire au domicile.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par notre partenaire 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 30 jours.

3.2 • LOCATION DE TÉLÉVISEUR

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de l'Adhérent ou de son conjoint,

notre partenaire IMA ASSURANCES prend en charge les frais de location d'un téléviseur pour une durée maximale d'un mois.

Le Bénéficiaire fait parvenir à notre partenaire IMA ASSURANCES l'ensemble des justificatifs de frais de télévision, accompagnés de la copie de son bulletin d'hospitalisation. Notre partenaire IMA ASSURANCES constitue alors le dossier et prend en charge ces frais dans la limite du contrat.

3.3 • PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

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,

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

- la garde de l'animal au domicile de l'Adhérent par un gardien spécialisé ;
- la garde de l'animal dans un établissement spécialisé.

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de gardien spécialisé. Le nombre d'interventions est évalué par notre partenaire IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 interventions réparties sur une période maximale de 30 jours.

Le gardien spécialisé se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'Adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

Cette garantie est conditionnée à la mise à disposition pour le gardien spécialisé des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

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

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'Adhérent ou de son conjoint,

notre partenaire IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- la promenade du chien de l'Adhérent par un gardien spécialisé.

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de gardien spécialisé. Le nombre d'intervention est évalué par notre partenaire IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 interventions réparties sur une période de 30 jours.

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

4 > GARANTIES FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE, D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE OU DE SÉJOUR EN MATERNITÉ

4.1 • AIDE-MÉNAGÈRE EN CAS DE NAISSANCE

Les garanties d'aide à la naissance s'appliquent pendant 3 mois à compter de la date de naissance de l'enfant.

4.1.1. En cas de séjour en maternité de moins de 5 jours

Notre partenaire IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, 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. Les gros travaux de ménage, tels que le lavage des vitres ou le rangement des combles ne sont pas prévus dans la garantie. L'aide-ménagère intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile ou au retour du Bénéficiaire au domicile.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par notre partenaire IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 4 heures à raison de 2 heures minimum par intervention.

4.1.2 En cas de séjour en maternité de 5 jours ou plus et/ou en cas de naissance multiple

Notre partenaire IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère qui intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile ou au retour au domicile.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par notre partenaire IMA ASSURANCES selon l'état de santé de l'Adhérent ou de son conjoint et/ou de sa situation de famille et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 30 jours.

4.2 • PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU DES 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
- une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'Adhérent ou de son conjoint ;
- OU
- un séjour en maternité de plus de 5 jours.

Si aucun Bénéficiaire ne peut s'occuper des enfants de moins de 16 ans ou des enfants handicapés, notre partenaire 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, notre partenaire 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 pourrait convenir, notre partenaire 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 attribuées est évalué par notre partenaire IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

4.3 • CONDUITE À L'ÉCOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS (HORS OUTRE-MER)

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

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'Adhérent ou de son conjoint ;

OU

- une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'Adhérent ou de son conjoint ;

OU

- un séjour en maternité de 5 jours ou plus.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, notre partenaire 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 la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours par semaine répartis sur une période de 30 jours. Cette garantie est cumulable avec la garde des enfants citée ci-dessus.

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

4.4 • PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 2 jours de l'enfant (de moins de 16 ans) ou d'un enfant handicapé (sans limite d'âge).

Si aucun Bénéficiaire ne peut s'occuper des enfants de moins de 16 ans ou des enfants handicapés, notre partenaire 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.

- **La garde des enfants**

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne pourrait convenir, notre partenaire 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 attribuées est évalué par notre partenaire IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

4.5 • SOUTIEN SCOLAIRE À DOMICILE (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue de plus de 14 jours d'un enfant.

Dès lors que l'enfant scolarisé se trouve dans l'incapacité médicalement constatée de reprendre les cours, notre partenaire IMA ASSURANCES organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 3 heures par jour.

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

4.6 • 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.

Si aucun proche ne peut assumer la garde des ascendants vivant habituellement au foyer, notre partenaire IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- **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 le transfert chez un proche ne pourrait convenir, notre partenaire 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 attribuées est évalué par notre partenaire IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

5 > GARANTIES EN CAS DE TRAITEMENT PAR CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE, TRITHÉRAPIE, QUADRITHÉRAPIE OU CURIETHÉRAPIE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

5.1 • AIDE-MÉNAGÈRE

Notre partenaire IMA ASSURANCES organise et prend en charge immédiatement la venue d'une aide-ménagère, 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. Les gros travaux de ménage, tels que le lavage des vitres ou le rangement des combles ne sont pas prévus dans la garantie.

Notre partenaire IMA ASSURANCES met à la disposition de l'Adhérent ou de son conjoint, une aide-ménagère à concurrence de 2 fois 2 heures après chaque séance en milieu hospitalier dans la limite de 20 heures par année civile.

Un complément jusqu'à 10 heures maximum peut être accordé. Ce complément est déterminé en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent par notre partenaire IMA ASSURANCES.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

5.2 • SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Notre partenaire 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 du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à la charge du Bénéficiaire.

6 > GARANTIES LIÉES AU DÉCÈS

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

6.1 • AIDE-MÉNAGÈRE

Notre partenaire IMA ASSURANCES organise et prend en charge immédiatement la venue d'une aide-ménagère, 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. Les gros travaux de ménage, tels que le lavage des vitres ou le rangement des combles ne sont pas prévus dans la garantie.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par notre partenaire IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 30 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

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

Si aucun Bénéficiaire ne peut s'occuper des enfants de moins de 16 ans ou des enfants handicapés, notre partenaire 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, notre partenaire 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 pourrait convenir, notre partenaire 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 attribuées est évalué par notre partenaire IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

6.3 • CONDUITE À L'ÉCOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS (HORS OUTRE-MER)

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, notre partenaire 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 la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours par semaine répartis sur une période de 30 jours. Cette garantie est cumulable avec la garde des enfants citée ci-dessus.

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

6.4 • PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

Si aucun proche ne peut assumer la garde des ascendants vivant habituellement au foyer, notre partenaire IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- **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 le transfert chez un proche ne pourrait convenir, notre partenaire 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 attribuées est évalué par notre partenaire IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

6.5 • PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

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

- la garde de l'animal au domicile de l'Adhérent par un gardien spécialisé ;
- la garde de l'animal dans un établissement spécialisé ;
- la promenade du chien de l'Adhérent par un gardien spécialisé.

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de gardien spécialisé. Le nombre d'interventions est évalué par notre partenaire IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 interventions réparties sur une période maximale de 30 jours.

Le gardien spécialisé se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'Adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

Cette garantie est conditionnée à la mise à disposition pour le gardien spécialisé des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

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

6.6 • SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Notre partenaire 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 du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à la charge du Bénéficiaire.

7 > GARANTIE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT À L'ÉTRANGER

SECOND AVIS MÉDICAL

En cas de maladie ou d'accident à l'étranger et après avis des médecins consultés localement, l'équipe médicale de notre partenaire IMA ASSURANCES peut aiguiller et conseiller le Bénéficiaire par rapport au diagnostic réalisé et aux traitements proposés sur place.

8 > EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

8.1 • 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.

8.2 • FORCE MAJEURE

Notre partenaire 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.

8.3 • REFUS DU BÉNÉFICIAIRE

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

8.4 • EXCLUSIONS

EXCLUSIONS POUR LES GARANTIES D'ASSISTANCE À DOMICILE

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

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gérontologiques ;
- programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques, d'usure ou dégénérative ;
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies ;
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, 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 LES GARANTIES DÉCÈS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

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

La preuve de l'exclusion incombe à IMA ASSURANCES.

9 > VIE DU CONTRAT

9.1 • DURÉE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité du contrat « itineo santé » souscrit par l'Adhérent auprès de La Mutuelle Générale.

9.2 • RÉSILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par l'Adhérent 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 de notre partenaire IMA ASSURANCES. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par notre partenaire IMA ASSURANCES.

9.3 • PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où notre partenaire 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 notre partenaire 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 notre partenaire 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 notre partenaire IMA ASSURANCES aux Bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les Bénéficiaires à notre partenaire IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, notre partenaire 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.

9.4 • 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 relatives à la situation familiale ;
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres ;
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices ;
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés ;
- des données médicales 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 (pouvant conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de 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 personnelles 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 de portabilité de ses données personnelles. Il peut choisir d'en limiter leur usage, s'opposer à leur traitement et définir leur sort en cas de décès. Il peut exercer ces droits, auprès d'IMA Assurances aux coordonnées suivantes : La Mutuelle Générale Secrétariat Général 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.

9.5 • 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 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

SERVICES D'ANALYSE DE DEVIS ET DE CONSEILS : 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.

ENGAGEMENTS

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.

Le Service d'analyse de devis et de conseils est accessible

- depuis votre Espace Adhérent dans la rubrique « Services et avantages »
- par courrier (aux coordonnées figurant sur votre carte de tiers payant)

Pour toute demande d'informations concernant votre devis, vous pouvez nous contacter par téléphone aux coordonnées figurant sur votre carte de tiers payant.



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

Présent sur l'ensemble du territoire, le réseau Kalixia regroupe plus de 5 100 opticiens et plus de 3 500 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 Kalixia¹.

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 KALIXIA

- 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.

LES ATOUTS DU RÉSEAU D'AUDIOPROTHÉSISTES KALIXIA

- 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 :

N°Cristal 0 969 363 373
APPEL NON SURTAXE

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.

* 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 Garanties Santé, AJH et Exonérations 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.