

# **ADVENGO SANTÉ II •**

**Notice d'information**

**DOCUMENT  
À CONSERVER**

---

**SANTÉ ET ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION ..... 4 à 32**

**ASSISTANCE ..... 33 à 56**

**MAÎTRISE DES FRAIS DE SANTÉ ..... 57 à 59**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**4.** L'adhérent dispose d'un délai de quatorze (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'avais souscrit le [date d'adhésion].*

*À [Lieu] Le [Date].*

Signature de l'adhérent »

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

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

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

**6.** Pour toute réclamation, les adhérents peuvent contacter par téléphone, courrier ou courriel leur centre de gestion dont les coordonnées figurent sur leur carte de tiers-payant, sur leur espace adhérent ou toute correspondance de la part de La Mutuelle Générale.

En cas de désaccord ou en l'absence de réponse du centre de gestion dans un délai de 15 jours, les adhérents peuvent envoyer un courrier ou un courriel au Service Qualité de La Mutuelle Générale aux adresses suivantes : La Mutuelle Générale- Service Qualité- 1-11 rue Brillat-Savarin TSA 41225 75621 PARIS CEDEX 13 ou [servicequalite@lamutuellegenerale.fr](mailto:servicequalite@lamutuellegenerale.fr).

En cas de désaccord ou en l'absence de réponse du Service Qualité pendant un délai de deux mois à compter de la date de la réception de la réclamation, les adhérents peuvent saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

- directement sur son site internet :

**[www.mediateur-mutualite.fr](http://www.mediateur-mutualite.fr)**

- ou par voie postale à l'attention de :

**Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française**

**FNMF**

**255 rue de Vaugirard**

**75719 PARIS CEDEX 15**

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

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

SANTÉ &  
ALLOCATION  
JOURNALIÈRE  
D'HOSPITALISATION

# SOMMAIRE

<b>LEXIQUE</b>	<b>7</b>
<b>1 • DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	<b>9</b>
1.1. Préambule	9
1.2. Objet des garanties	9
1.3. Formalités d'adhésion	9
1.4. Prise d'effet de l'adhésion	9
1.5. Conditions pour adhérer	10
1.6. Perte de la qualité d'Adhérent	11
1.7. Durée des garanties	11
1.8. Exclusions communes aux garanties santé et allocation journalière d'hospitalisation	11
1.9. Prescription	11
1.10. Subrogation	12
1.11. Réclamation – Médiation	12
1.12. Opposition au démarchage téléphonique	12
1.13. Support des relations contractuelles et droit d'opposition	12
1.14. Informatique et libertés	12
1.15. Autorité de contrôle	13
<b>2 • LA GARANTIE SANTÉ</b>	<b>14</b>
2.1. Choix du niveau de garantie	14
2.2. Modification du niveau de garantie	14
2.3. Étendue territoriale	14
2.4. Définitions module « Hospitalisation »	14
2.5. Définitions module « Soins courants »	15
2.6. Définitions module « Optique »	16
2.7. Définitions Module « Dentaire »	18
2.8. Définitions Module « Aides auditives »	19
2.9. Définitions Module « Prévention et bien-être »	20
2.10. Délai d'attente	20
2.11. Exclusions	21
<b>3 • LA GARANTIE ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION</b>	<b>22</b>
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

<b>4 • TABLEAUX DE GARANTIES</b> .....	<b>23</b>
<b>5 • MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ</b> .....	<b>28</b>
5.1. Remboursements .....	28
5.2. Pièces justificatives .....	28
5.3. Contrôle .....	28
<b>6 • LES COTISATIONS</b> .....	<b>29</b>
6.1. Cotisation de la garantie Santé .....	29
6.2. Cotisation de la garantie Allocation Journalière d'hospitalisation .....	29
6.3. Paiement des cotisations .....	29
6.4. Exonération de cotisation en cas de décès de l'Adhérent .....	29
6.5. Exonération de cotisation pour tout nouveau-né ou enfant adopté .....	29
6.6. Variations des cotisations .....	29
6.7. Changement générant une modification de la cotisation en cours d'année .....	29
6.8. Sanction en cas de non-paiement de la cotisation .....	29
<b>7 • LA VIE DE L'ADHÉSION</b> .....	<b>30</b>
7.1. Changement de situation des Bénéficiaires .....	30
7.2. Terme des garanties .....	30
<b>8 • ANNEXE</b> .....	<b>31</b>
8.1. Pièces justificatives à joindre .....	31

# 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 Adhèrent 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'Adhèrent.

## **Adhèrent**

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

## **Année d'assurance**

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

## **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'Adhèrent et ses ayants droit inscrits et mentionnés dans le Certificat d'adhésion.

## **Certificat d'adhésion**

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

## **Conjoint**

L'époux ou l'épouse de l'Adhèrent, 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'Adhèrent

## **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 pratique tarifaire maîtrisée**

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](http://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'Adhèrent cotise. Elle commence à courir à compter du jour de l'adhésion à la complémentaire santé.

## **Frais réels**

Frais réellement engagés et justifiés.

## **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 [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.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 Code de la mutualité, numéro SIREN 775 685 340, dont le siège social est situé 1-11 rue Brillat-Savarin 75013 Paris ;

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

Ce contrat est ouvert aux membres de l'ANACCS.

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

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

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

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

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

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

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

En tant que :

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

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

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

## 1.2 • OBJET DES GARANTIES

### La garantie Santé

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

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

### La garantie Allocation Journalière d'hospitalisation

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

## 1.3 • FORMALITÉS D'ADHÉSION

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

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.

### Modalités d'exercice du droit de renonciation

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

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

À [Lieu] Le [Date]

Signature de l'Adhérent »

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

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

## 1.5 • CONDITIONS POUR ADHÉRER

### L'Adhérent

L'Adhérent doit :

- résider en France métropolitaine ou dans les Départements ou Régions d'Outre-Mer (DROM) ;
- être affilié à un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français ;
- être Adhérent de l'ANACCS ;
- exercer une activité non salariée, non agricole, normale et effective ;

- être en activité à la signature de l'adhésion ;
- être à jour, pendant toute la durée de l'adhésion au contrat *advengo santé II*, du versement des cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse ;
- être âgé au jour de l'adhésion d'au moins 16 ans et ne pas avoir dépassé 75 ans au 31 décembre de l'année d'adhésion.

### Les ayants droit

Peuvent avoir la qualité d'ayants droit :

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

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

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

## 1.6 • PERTE DE LA QUALITÉ D'ADHÉRENT

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

## 1.7 • DURÉE DES GARANTIES

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

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

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

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

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

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

## 1.9 • PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1 - En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Adhérent, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;

- 2 - En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

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

## 1.10 • SUBROGATION

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

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

## 1.11 • RÉCLAMATION - MÉDIATION

Pour toute réclamation, les adhérents peuvent contacter par téléphone, courrier ou courriel leur centre de gestion dont les coordonnées figurent sur leur carte de tiers-payant, sur leur espace adhérent ou toute correspondance de la part de La Mutuelle Générale.

En cas de désaccord ou en l'absence de réponse du centre de gestion dans un délai de 15 jours, les adhérents peuvent envoyer un courrier ou un courriel au Service Qualité de La Mutuelle Générale aux adresses suivantes : La Mutuelle Générale- Service Qualité- 1-11 rue Brillat-Savarin TSA 41225 75621 PARIS CEDEX 13 ou [servicequalite@lamutuellegenerale.fr](mailto:servicequalite@lamutuellegenerale.fr).

En cas de désaccord ou en l'absence de réponse du Service Qualité pendant un délai de deux mois à compter de la date de la réception de la réclamation, les adhérents peuvent saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

- directement sur son site internet :

**[www.mediateur-mutualite.fr](http://www.mediateur-mutualite.fr)**

- ou par voie postale à l'attention de :

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

## 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, ayants-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 Flex 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.**

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

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

La garantie Santé vient en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire, calculée en fonction de l'état de la législation en vigueur à la date d'effet du contrat *advento 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 > LA GARANTIE SANTÉ

### 2.1 • CHOIX DU NIVEAU DE GARANTIE

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

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

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

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

### 2.2 • MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIE

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

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

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

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

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

### 2.3 • ÉTENDUE TERRITORIALE

Le remboursement des soins effectués à l'étranger est subordonné à la prise en charge par un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français. Toute demande de remboursement est traitée à partir du décompte du régime obligatoire français et d'une facture détaillée mentionnant les actes dispensés traduits en

français et le montant de la part laissée à la charge du Bénéficiaire exprimé en euros.

### 2.4 • DÉFINITIONS MODULE « 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.

- **Le Forfait Patient Urgences**

Il est facturé pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

**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 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**

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

**La prise en charge de la chambre particulière de 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.

### **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'adaptation de la correction visuelle ;
- les suppléments pour monture de lunettes à coque pour les moins de 6 ans.

#### 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'Assurance Maladie Obligatoire.

**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.

### 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.

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.

## 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 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 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 :

- bridges ;
- prothèses dentaires fixes ;
- inlay core.

**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<sup>er</sup> 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.

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

### Les médicaments prescrits pris en charge ou non par la Sécurité sociale

- Les substituts nicotiques pris en charge par la Sécurité sociale, à compter du 2<sup>e</sup> mois de traitement.
- Le vaccin antigrippal prescrit médicalement, non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire mais autorisé dans le cadre de la campagne de prévention.

### Médecines douces non prises en charge par la Sécurité sociale

Il s'agit des prestations :

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

\* À la condition que ces praticiens disposent d'un diplôme d'état dans sa spécialité et d'un numéro d'immatriculation au répertoire Adeli.

## 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 le Régime Obligatoire sauf mention contraire prévue dans les tableaux de garanties ;
- la visite du médecin au domicile du patient lorsqu'elle répond à une exigence particulière du malade, sans être justifiée par des conditions médico-administratives et cliniques ou socioenvironnementales, la majoration du tarif fixée par le Régime Obligatoire ;
- les actes dispensés au cours d'un séjour en thalassothérapie ;
- les étuis de lunettes, les lunettes de soleil, les produits d'entretien et les cordons de lunettes ;
- les centres de rééducation professionnelle ;
- les hôpitaux thermaux et sections thermales des établissements publics ;
- les instituts médico-pédagogiques ;
- les instituts médico-pédagogiques professionnels ;
- les centres d'aide par le travail ;
- les centres médico-pédagogiques ;
- les établissements de long séjour et les sections de long séjour ;
- les maisons d'enfants à caractère sanitaire (hormis le forfait journalier) ;
- les maisons d'accueil spécialisées ;
- les établissements pour personnes âgées dépendantes (maison de retraite, établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes services de soins infirmiers à domicile...) ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non consécutifs à un Accident.

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

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

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

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

## 3 > LA GARANTIE ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION

Allocation journalière versée dès le 1<sup>er</sup> 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 le Régime Obligatoire.

**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 ou de tout établissement de « long séjour » pour personnes âgées, y compris les maisons de retraite, cures thermales et autres cures ;
- les hospitalisations à but esthétique non consécutives à un Accident, et de rajeunissement.

### 3.5 • DÉLAI D'ATTENTE

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

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

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

## 4 > TABLEAUX DE GARANTIES

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

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

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

Les prestations sont exprimées en Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et comprennent celles 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	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>					
Forfait journalier hospitalier <sup>(1)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>HONORAIRES</b>					
<b>Honoraires des chirurgiens et anesthésistes pris en charge par la Sécurité sociale</b>					
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(2)</sup>	100% BR	150% BR	250% BR	350% BR	450% BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(2)</sup>	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
<b>AUTRES ACTES</b>					
Participation forfaitaire pour les actes lourds	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en secteur conventionné	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Chambre particulière de nuit (limitée à 30 jours en psychiatrie)	40€ / jour	50€ / jour	60€ / jour	70€ / jour	100€ / jour
Chambre particulière de jour	20€ / jour	25€ / jour	30€ / jour	35€ / jour	50€ / jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	20€ / jour	30€ / jour	35€ / jour	40€ / jour	50€ / jour
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Allocation journalière d'hospitalisation (en option)	20€ / jour	30€ / jour	45€ / jour	50€ / jour	60€ / jour
 SOINS COURANTS	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>					
<b>Médecins généralistes</b>					
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(2)</sup>	100% BR	150% BR	220% BR	300% BR	400% BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(2)</sup>	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
<b>Médecins spécialistes</b>					
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(2)</sup>	100% BR	150% BR	220% BR	300% BR	400% BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(2)</sup>	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
<b>Actes techniques médicaux</b>					
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(2)</sup>	100% BR	150% BR	220% BR	300% BR	400% BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(2)</sup>	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
<b>Actes d'imagerie médicale et de radiologie</b>					
• Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(2)</sup>	100% BR	150% BR	220% BR	300% BR	400% BR
• Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(2)</sup>	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR



 SOINS COURANTS (suite)	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
<b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX</b>					
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>					
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>MÉDICAMENTS</b>					
<b>Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale</b>					
• Médicaments à SMR majeur ou important (65%)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Médicaments à SMR modéré (30%)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Médicaments à SMR faible (15%)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires de dispensation	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>MATÉRIEL MÉDICAL</b>					
Grand appareillage	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	175% BR
Petit appareillage pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	115% BR	115% BR	125% BR
 <b>OPTIQUE</b>	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
<b>ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ - CLASSE A <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup></b>					
Monture, verres et suppléments de la classe A	Sans reste à charge <sup>(5)</sup>				
<b>ÉQUIPEMENTS À TARIF LIBRE - CLASSE B <sup>(4)</sup></b>					
<b>Adulte ≥ 16 ans</b>					
Monture	60€	75€	90€	100€	100€
Verre simple (dont supplément d'optique remboursé)					
• Années 1 à 2	50€	70€	90€	110€	140€
• Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>	60€	80€	100€	120€	160€
Verre complexe et hypercomplexe (dont supplément d'optique remboursé)					
• Années 1 à 2	90€	130€	175€	220€	265€
• Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>	110€	150€	195€	240€	285€
<b>Enfant &lt; 16 ans</b>					
Monture	40€	55€	70€	85€	100€
Verre simple (dont supplément d'optique remboursé)					
• Années 1 à 2	50€	65€	80€	95€	115€
• Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>	60€	75€	90€	105€	130€
Verre complexe et hypercomplexe (dont supplément d'optique remboursé)					
• Années 1 à 2	90€	120€	160€	200€	240€
• Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>	110€	135€	175€	215€	255€
<b>AUTRES ACTES</b>					
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	100% BR + 50€/an	100% BR + 100€/an	100%BR+ 150€/an	100%BR+ 200€/an	100%BR+ 250€/an
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	50€ / an	130€ / an	180€ / an	230€ / an	280€ / an
Chirurgie réfractive et ophtalmique	150€ / œil	250€ / œil	350€ / œil	450€ / œil	600€ / œil

 <b>DENTAIRE</b>	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
---	----------	----------	----------	----------	----------

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**


<b>Soins et Prothèses 100% Santé<sup>(3)</sup></b>					
Soins et prothèses 100 % santé	Sans reste à charge <sup>(5)</sup>				
<b>Soins</b>					
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Soins et Prothèses à tarifs maîtrise<sup>(5)</sup> et libre</b>					
Soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale (hors inlay onlay)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Inlay onlay	100% BR + 50€ / dent	100% BR + 100€ / dent	100% BR + 125€ / dent	100% BR + 150€ / dent	100% BR + 250€ / dent
Bridges <sup>(6)</sup>					
• Années 1 à 2	450€	1 020€	1 200€	1 440€	1 620€
• Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>	600€	1 230€	1 410€	1 650€	1 830€
Prothèses fixes et Inlay core <sup>(6)</sup>					
• Années 1 à 2	150€	340€	400€	480€	540€
• Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>	200€	410€	470€	550€	610€
Couronnes transitoires prises en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses amovibles					
• Années 1 à 2	150€ / an	300€ / an	400€ / an	500€ / an	680€ / an
• Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>	200€ / an	350€ / an	450€ / an	570€ / an	750€ / an

**PROTHÈSES DENTAIRES NON PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Implants non pris en charge par la Sécurité sociale	100€ / an	250€ / an	400€ / an	550€ / an	900€ / an
---	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

**ORTHODONTIE**

Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale <sup>(7)</sup>	150€ / semestre	250€ / semestre	350€ / semestre	450€ / semestre	600€ / semestre
--	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

 <b>AIDES AUDITIVES</b>	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
--	----------	----------	----------	----------	----------

**ÉQUIPEMENTS 100 % SANTE - CLASSE I<sup>(3)</sup> (8)**


Aides auditives, piles et accessoires 100 % santé	Sans reste à charge <sup>(5)</sup>				
---	------------------------------------	--	--	--	--

**ÉQUIPEMENTS A TARIF LIBRE - CLASSE II<sup>(8)</sup>**

Aide auditive, par oreille, pour les personnes de plus 20 ans	160 €	300€	500€	700 €	900 €
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	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR

**AUTRES ACTES A TARIF LIBRE - CLASSE II**

Piles, accessoires et gestion administrative à tarif libre pour les personnes de plus 20 ans	100€ / an	125€ / an	150€ / an	175€ / 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	100% BR

 PRÉVENTION & BIEN-ÊTRE	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
<b>MÉDICAMENTS</b>					
<b>Médicaments prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale</b>					
• Substituts nicotiniques (à partir du 2 <sup>e</sup> mois de traitement) <sup>(9)</sup>	-	50€ / an	50€ / an	100€ / an	150€ / an
• Vaccin antigrippal	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>PRÉVENTION</b>					
Actes de prévention	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Séance diététique	-	90€ / an	120€ / an	150€ / an	180€ / an
<b>MÉDECINES DOUCES</b>					
Ostéopathie, Chiropraxie, Réflexologie, Sophrologie, Phytothérapie, Pédicurie et Podologie non prises en charge par la Sécurité sociale	-	90€ / an	120€ / an	150€ / an	180€ / an
Psychologue pour les enfants de moins de 14 ans (3 séances par an)	-	30€ / séance	40€ / séance	50€ / séance	60€ / 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 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 1 : 450 € les 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année et 600 € à partir de la 3<sup>ème</sup> année d'adhésion - **Bonus fidélité.**

- Plafond dentaire niveau 2 : 1 020 € les 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année et 1 230 € à partir de la 3<sup>ème</sup> année d'adhésion - **Bonus fidélité.**

- Plafond dentaire niveau 3 : 1 200 € les 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année et 1 410 € à partir de la 3<sup>ème</sup> année d'adhésion - **Bonus fidélité.**

- Plafond dentaire niveau 4 : 1 440 € les 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année et 1 650 € à partir de la 3<sup>ème</sup> année d'adhésion - **Bonus fidélité.**

- Plafond dentaire niveau 5 : 1 620 € les 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année et 1 830 € à partir de la 3<sup>ème</sup> 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 €, 50 € ou 75 € 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 le Régime Obligatoire, la garantie intervient au-delà du ticket modérateur dans la limite du tableau de garantie figurant sur la demande d'adhésion. Les prestations forfaitaires sont dues intégralement.

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

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

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

### 5.2 • PIÈCES JUSTIFICATIVES

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

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

- Soins non remboursés par le Régime Obligatoire :

- la prescription médicale,
- les factures acquittées et détaillées.

- Hospitalisation :

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

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

- Allocation Journalière d'hospitalisation :

- le bulletin de séjour ou les factures détaillées.

Dans tous les cas, le remboursement est subordonné à la présentation des pièces justificatives figurant en annexe 1.

### 5.3 • CONTRÔLE

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

Les contrôles pourront être réalisés, même après résiliation du contrat tant que La Mutuelle Générale verse des prestations. Le versement des prestations peut être refusé ou suspendu si l'Adhérent s'oppose à ces contrôles, refuse de fournir les pièces justificatives ou s'il est constaté que les pièces communiquées sont erronées ou falsifiées.

#### 5.3.1 Contrôle médical

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

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

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

En cas de contestation médicale, l'Adhérent pourra désigner un médecin afin que celui-ci et le médecin conseil de La Mutuelle Générale recherchent une position commune en vue de déterminer si l'état de santé de l'Adhérent répond aux conditions de versement des prestations prévues au contrat. A défaut d'accord, La Mutuelle Générale invitera son médecin conseil et le médecin de l'Adhérent à désigner un médecin tiers-expert, lequel émettra un avis. À défaut d'entente, la désignation sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent. L'accord éventuel des parties sur l'avis du médecin tiers-expert sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord.

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

#### 5.3.2 Contrôle administratif

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

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

## 6 > LES COTISATIONS

### 6.1 • COTISATION DE LA GARANTIE SANTÉ

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

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

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

### 6.3 • PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.

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

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

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

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

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

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

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

### 6.6 • VARIATIONS DES COTISATIONS

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

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

Dans ce cas, l'Adhèrent 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'Adhèrent doit informer La Mutuelle Générale dans le mois qui suit tout changement générateur d'une modification de la cotisation :

- changement de département de résidence de l'Adhèrent;
- changement de régime d'Assurance Maladie Obligatoire de l'Adhèrent ou de tout ayant droit.

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

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

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

## 7 > LA VIE DE L'ADHÉSION

### 7.1 • CHANGEMENT DE SITUATION DES BÉNÉFICIAIRES

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

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

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

### 7.2 • TERME DES GARANTIES

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

L'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.

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

L'adhésion est résiliée dans les cas suivants :

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

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

## 8 > ANNEXE

### 8.1 • PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE

PRESTATIONS	PIÈCES À FOURNIR	
	avec Télétransmission	sans Télétransmission
<b>HOSPITALISATION</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participation forfaitaire pour les actes lourds</li> <li>● Forfait Patient Urgence</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Frais de séjour en secteur conventionné</li> <li>● Honoraires des chirurgiens et anesthésistes pris en charge par la Sécurité sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Facture acquittée et détaillée + formulaire AMC (attestation médicale complémentaire) délivré lors de la sortie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Décompte original de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée + formulaire AMC (attestation médicale complémentaire) délivré lors de la sortie</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chambre particulière de nuit</li> <li>● Forfait journalier hospitalier</li> <li>● Frais d'accompagnement</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Allocation journalière d'hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bulletin d'hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bulletin d'hospitalisation ou facture(s) détaillée(s)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Facture acquittée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Décompte original de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée</li> </ul>
<b>SOINS COURANTS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Honoraires médicaux des médecins généralistes et spécialistes - Consultations / Visites / Actes techniques médicaux</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Honoraires des auxiliaires médicaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aucune pièce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Décompte original de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Analyses et examens de laboratoire</li> <li>● Actes d'imagerie médicale et de radiologie</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pharmacie et honoraires de dispensation pris en charge par la Sécurité sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aucune pièce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Décompte original de la Sécurité sociale</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Grand appareillage</li> <li>● Petit appareillage pris en charge par la Sécurité sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Facture acquittée et détaillée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Décompte original de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée</li> </ul>
<b>OPTIQUE</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lunettes (montures et verres dont supplément d'optique remboursé)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Facture acquittée et détaillée de l'opticien précisant la référence des verres + ordonnance en cas de renouvellement anticipé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Décompte original de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée de l'opticien précisant la référence des verres</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aucune pièce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Décompte original de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Facture acquittée et détaillée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Facture acquittée et détaillée</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chirurgie réfractive et ophtalmique</li> </ul>		

PRESTATIONS	PIÈCES À FOURNIR	
	avec Télétransmission	sans Télétransmission
<b>DENTAIRE</b>		
● Soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale	● Aucune pièce	● Décompte de la Sécurité sociale
● Inlay onlay		
● Bridges		
● Prothèses fixes et inlay core		● Décompte original de la Sécurité sociale + facture acquittée précisant le n° de(s) dent(s)
● Couronnes transitoires prises en charge par la Sécurité sociale	● Facture acquittée précisant le n° de(s) dent(s)	
● Prothèses amovibles		
● Implants non pris en charge par la Sécurité sociale		● Facture acquittée précisant le n° de(s) dent(s)
● Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale		● Décompte original de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
● Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	● Facture acquittée et détaillée	
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
● Equipement d'aides auditives	● Facture acquittée	● Décompte de la Sécurité sociale
● Pile, accessoire et gestion administrative	● Facture acquittée	● Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée
<b>PRÉVENTION ET BIEN-ETRE</b>		
● Médicaments prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale (substituts nicotiques et vaccin antigrippal)	● Prescription + facture acquittée et détaillée	
● Actes de prévention	● Aucune pièce	● Décompte de la Sécurité sociale
● Séance diététique	● Facture acquittée	
● Honoraires des ostéopathes, chiropracteurs, réflexologues, sophrologues, phytothérapeutes, pédicures et podologues		● Facture acquittée
● Psychologue pour les moins de 14 ans		● Facture acquittée



ASSISTANCE

## PRÉAMBULE

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

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

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

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

**▶ N°Cristal 09 69 363 765**

APPEL NON SURTAXÉ

**ou**

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

# SOMMAIRE

<b>PRÉAMBULE</b> .....	<b>34</b>
<b>DÉFINITIONS</b> .....	<b>37</b>
<b>DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b> .....	<b>38</b>
Territorialité .....	38
Pièces justificatives .....	38
<b>1 &gt; CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES ASSISTANCE À DOMICILE</b> .....	<b>39</b>
1.1 Faits générateurs .....	39
1.2 Intervention .....	39
<b>2 &gt; GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION</b> .....	<b>40</b>
2.1 Écoute, information .....	40
2.2 Informations juridiques .....	40
2.3 Soutien psychologique .....	40
2.4 Mise en relation avec un prestataire .....	40
<b>3 &gt; GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE</b> .....	<b>41</b>
3.1 Aide à domicile .....	41
3.2 Services de proximité .....	41
3.3 Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge) .....	41
3.4 Conduite à l'école .....	42
3.5 Prise en charge des ascendants .....	42
<b>4 &gt; GARANTIES EN CAS DE MATERNITÉ</b> .....	<b>43</b>
4.1 Aide à domicile .....	43
4.2 Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge) .....	43
4.3 Conduite à l'école .....	43
4.4 Informations médicales naissance .....	44
4.5 Prise en charge des ascendants .....	44
<b>5 &gt; GARANTIES EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE, RADIOTHÉRAPIE, TRITHÉRAPIE, QUADRITHÉRAPIE OU CURIETHÉRAPIE</b> .....	<b>45</b>
5.1 Auxiliaire de vie ou aide à domicile .....	45
5.2 Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge) .....	45
5.3 Conduite à l'école .....	46
5.4 Prise en charge des ascendants .....	46

<b>6 &gt; GARANTIES EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE ENTRAÎNANT UNE IMMOBILISATION AU DOMICILE.....</b>	<b>47</b>
6.1 Aide à domicile.....	47
6.2 Services de proximité.....	47
6.3 Transport à l'hôpital.....	47
6.4 Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge).....	47
6.5 Conduite à l'école.....	48
<b>7 &gt; GARANTIES EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE SANS IMMOBILISATION AU DOMICILE.....</b>	<b>48</b>
7.1 Transport à l'hôpital.....	48
7.2 Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge).....	48
7.3 Conduite à l'école.....	48
<b>8 &gt; GARANTIES DE SOUTIEN À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EN CAS DE PERTURBATIONS TEMPORAIRES.....</b>	<b>49</b>
8.1 Aide aux déplacements.....	49
8.2 Service coursier.....	49
8.3 Assistance administrative à la carte.....	49
<b>9 &gt; GARANTIES EN CAS DE CESSATION DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE.....</b>	<b>50</b>
9.1 Aide aux déplacements.....	50
9.2 Assistance administrative à la carte.....	50
<b>10 &gt; SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE.....</b>	<b>50</b>
<b>11 &gt; GARANTIE EN CAS DE DÉPLACEMENT.....</b>	<b>51</b>
11.1 Faits générateurs.....	51
11.2 Intervention.....	51
11.3 Assistance aux personnes en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible.....	51
11.4 Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger.....	52
11.5 Frais de secours en montagne.....	52
<b>12 &gt; EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES.....</b>	<b>53</b>
12.1 Fausse déclaration.....	53
12.2 Force majeure.....	53
12.3 Refus du bénéficiaire.....	53
12.4 Exclusions.....	53
<b>13 &gt; VIE DU CONTRAT.....</b>	<b>55</b>
13.1 Durée des garanties.....	55
13.2 Résiliation.....	55
13.3 Prescription.....	55
13.4 Protection des données personnelles.....	55
13.5 Réclamation et médiation.....	56

# DÉFINITIONS

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

## **Accident corporel**

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

## **Adhérent**

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

## **Bénéficiaires des garanties d'assistance**

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

## **Centre de convalescence**

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

## **Chirurgie ambulatoire**

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

## **Domicile**

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

## **France**

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

## **Hospitalisation**

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

## **Hospitalisation imprévue**

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

## **Immobilisation**

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

## **Immobilisation imprévue**

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

## **Maladie**

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

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### TERRITORIALITÉ

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

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

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

Les garanties déplacement sont accordées pour tout déplacement à but touristique ou professionnel d'une durée inférieure à 90 jours :

- en France à plus de 50 km du domicile, à l'exception de la garantie Frais Médicaux et d'hospitalisation acquise uniquement à l'étranger ;
- à l'étranger sans franchises kilométrique.

### PIÈCES JUSTIFICATIVES

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

# 1 > CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES ASSISTANCE A DOMICILE

## 1.1 FAITS GÉNÉRATEURS

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

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile ;
- de chirurgie ambulatoire sans immobilisation au domicile ;
- de chirurgie ambulatoire entraînant une immobilisation au domicile ;
- de séjour prolongé à la maternité, de naissance multiple, de naissance grand prématuré ou de grossesse pathologique avec alitement ;
- de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation ;
- d'événement traumatisant ;

dans les conditions spécifiées à chaque article.

## 1.2 INTERVENTION

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

### 1.2.1 Délai de demande d'assistance

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

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

**Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.**

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

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

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

### 1.2.2 Application des garanties

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

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

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

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

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

## 2 > GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION

### 2.1 ÉCOUTE, INFORMATION

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

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

### 2.2 INFORMATIONS JURIDIQUES

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

### 2.3 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

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

IMA Assurances organise et prend en charge selon la situation :

- jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien ;
- et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face-à-face avec un psychologue clinicien.

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

### 2.4 MISE EN RELATION AVEC UN PRESTATAIRE

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

Le coût des prestations reste à la charge du bénéficiaire.



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

### 3.1 AIDE À DOMICILE

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

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

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

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

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

### 3.2 SERVICES DE PROXIMITÉ

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

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

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

#### Livraison de médicaments

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

#### Livraison de courses

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

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

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

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

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

#### Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1<sup>re</sup> 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<sup>re</sup> classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

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

#### La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA Assurances organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi

au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA Assurances selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

### 3.4 CONDUITE À L'ÉCOLE

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

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

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

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

### 3.5 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

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

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

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

#### **Le déplacement d'un proche**

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1<sup>re</sup> classe ou avion classe économique, pour garder les ascendants au domicile.

#### **Le transfert des ascendants chez un proche**

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

#### **La garde des ascendants**

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

## 4 > GARANTIES EN CAS DE MATERNITÉ

### 4.1 AIDE À DOMICILE

Les garanties sont acquises :

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

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

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

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

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

Les garanties sont acquises :

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

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

#### Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1<sup>re</sup> 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<sup>re</sup> classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

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

#### La garde des enfants

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

### 4.3 CONDUITE À L'ÉCOLE

Les garanties sont acquises :

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

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

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

#### 4.4 INFORMATIONS MÉDICALES NAISSANCE

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

Une équipe médicale communique, dans les 48 heures, des informations et conseils médicaux sur les thèmes suivants : grossesse, examens à effectuer, médicaments proscrits, alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations...

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

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

**La garantie est accessible jusqu'aux 3 ans de l'enfant.**

#### 4.5 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

*Les garanties sont acquises :*

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

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

##### **Le déplacement d'un proche**

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1<sup>re</sup> classe ou avion classe économique, pour garder les ascendants au domicile.

##### **Le transfert des ascendants chez un proche**

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

##### **La garde des ascendants**

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

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

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

OU

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

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

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

### 5.1 AUXILIAIRE DE VIE OU AIDE À DOMICILE

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

OU

La venue d'une aide-ménagère, ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

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

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

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

#### Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1<sup>re</sup> 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<sup>re</sup> classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

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

#### La garde des enfants

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

### 5.3 CONDUITE À L'ÉCOLE

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

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

### 5.4 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

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

#### **Le déplacement d'un proche**

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1<sup>re</sup> classe ou avion classe économique, pour garder les ascendants au domicile.

#### **Le transfert des ascendants chez un proche**

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

#### **La garde des ascendants**

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

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

### 6.1 AIDE À DOMICILE

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

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

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

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

### 6.2 SERVICES DE PROXIMITÉ

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

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

#### Livraison de médicaments

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

#### Livraison de courses

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

### 6.3 TRANSPORT À L'HÔPITAL

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

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

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

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

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

#### Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1<sup>re</sup> 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<sup>re</sup> classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

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

#### La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA Assurances organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA Assurances selon la situation et ne pourra excéder 8 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

## 6.5 CONDUITE À L'ÉCOLE

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

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, sur une période maximale de 20 jours, la conduite

à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires dans un rayon de 50 km du domicile et dans la limite d'un aller-retour par enfant.

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

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

### 7.1 TRANSPORT À L'HÔPITAL

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

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

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

#### La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 2 heures de garde sur une seule journée.

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

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

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

#### Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1<sup>re</sup> 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<sup>re</sup> classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

### 7.3 CONDUITE À L'ÉCOLE

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

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

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



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

Pour les garanties prévues aux articles 8.1 à 8.3, IMA ASSURANCES intervient :

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

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

OU

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

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 4 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

### 8.1 AIDE AUX DÉPLACEMENTS

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

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

### 8.2 SERVICE COURSIER

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

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

OU

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

### 8.3 ASSISTANCE ADMINISTRATIVE À LA CARTE

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

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

La garantie est limitée à 6 heures sur 20 jours.

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

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

OU

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

### 9.1 AIDE AUX DÉPLACEMENTS

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

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

### 9.2 ASSISTANCE ADMINISTRATIVE À LA CARTE

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

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

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

## 10 > SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

IMA ASSURANCES propose aux seuls bénéficiaires majeurs l'accès à un service de téléconsultation médicale via un site Internet à partir de leur Espace Adhérent.

Retrouvez votre espace adhérent sur : [www.lamutuellegenerale.fr](http://www.lamutuellegenerale.fr)

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

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

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

Le service de téléconsultation se compose de :

- une réponse écrite d'un médecin à une question écrite du bénéficiaire, ou d'un échange en visioconférence ou en audio avec un médecin,

en fonction du mode de contact choisi par le bénéficiaire ;

- un compte rendu de la téléconsultation, qui pourra être envoyé au médecin traitant sur demande du bénéficiaire ;
- une ordonnance le cas échéant.

**Le service est accessible 7j/7 et 24h/24**  
**Ce service est sans surcoût et illimité et couvre également les ayants-droit.**

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

**Restrictions :**

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

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

## 11 > GARANTIE EN CAS DE DÉPLACEMENT

### 11.1 FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance Déplacement s'appliquent en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible d'un bénéficiaire survenu lors d'un déplacement.

### 11.2 INTERVENTION

#### Application des garanties

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

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

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

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

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

**IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative.** Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

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

#### 11.3.1 Rapatriement médical

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

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

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

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

#### 11.3.2 Attente sur place d'un accompagnant

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

### 11.3.3 Prolongation de séjour pour raisons médicales

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

### 11.3.4 Voyage aller-retour d'un proche

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

## 11.4 FRAIS MÉDICAUX ET D'HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER

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

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

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

Le bénéficiaire s'engage :

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

## 11.5 FRAIS DE SECOURS EN MONTAGNE

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

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

## 12 > EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

### 12.1 FAUSSE DÉCLARATION

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

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

### 12.2 FORCE MAJEURE

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

### 12.3 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.

### 12.4 EXCLUSIONS

#### EXCLUSIONS POUR L'ASSISTANCE À DOMICILE

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- les hospitalisations consécutives à des maladies non soudaines et prévisibles ;
- les hospitalisations dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gérontologiques ;
- les hospitalisations liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies ;
- les hospitalisations liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences ;
- De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

**EXCLUSIONS POUR L'ASSISTANCE  
DÉPLACEMENT**

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

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

La preuve des exclusions incombe à IMA ASSURANCES.

### 13.1 DURÉE DES GARANTIES

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

### 13.2 RÉSILIATION

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

### 13.3 PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

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

### 13.4 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat ;
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres ;
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices ;
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés ;
- des données médicales pour lesquelles l'assuré a donné son consentement lors de la souscription du contrat.

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

- la passation des contrats ;
- la gestion des contrats ;
- l'exécution des contrats ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- les opérations relatives à la gestion de ses clients et notamment le suivi de la relation client (ex : passation d'enquête de satisfaction) ;

- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude (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 de La Mutuelle Générale 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.

### 13.5 RÉCLAMATION ET MÉDIATION

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

En cas de réclamation, les bénéficiaires doivent contacter en premier lieu leur interlocuteur habituel.

En second lieu et à défaut de solution, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courriel depuis le site [www.ima.eu](http://www.ima.eu), Réclamations ou par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9.

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

En dernier recours, si le désaccord persiste après la réponse du Service Consommateur ou en l'absence de réponse dans le délai réglementaire, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : [www.mediation-assurance.org](http://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 6 600 opticiens et plus de 4 400 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 Kalixia<sup>1</sup>.

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 montures<sup>2</sup> et - 20 % en moyenne sur les lentilles.
- L'Offre Malin permet aux assurés ayant un budget serré d'accéder à un équipement optique\*\* à des tarifs très réduits avec un reste à charge limité.
- L'assurance de verres de qualité supérieure, dont la traçabilité est assurée.
- Des garanties et services haut de gamme :
  - **Entretien** : nettoyage, réglages, petites réparations...
  - **Casse** : remplacement de l'équipement pendant un an (30 % de franchise maxi).
  - **Remplacement** en cas d'inadaptation aux verres progressifs et aux lentilles, ou en cas de détérioration des lentilles de contact.
  - **Échange** en cas de défaut du verre : garantie 2 mois sans franchise.
- Des contrôles réguliers de l'évolution de votre vision.

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

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

1 Charte qualité accessible sur l'Espace Adhérent.

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

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

### LES ATOUTS DU RÉSEAU D'AUDIOPROTHÉSISTES 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 équipement<sup>3</sup>. Ces tarifs comprennent l'adaptation, le suivi, l'appareil prêt à l'emploi, une garantie panne pendant 4 ans et un kit d'entretien.
- L'offre Prim'Audio à prix serré, pour un tarif maximum de 700 € par oreille (1 400 € TTC pour un double appareillage).
- Une totale liberté de choix parmi les équipements auditifs proposés par l'audioprothésiste partenaire.
- Un dépistage auditif gratuit sans obligation d'achat.
- Un suivi personnalisé et régulier lors de la période d'essai et pendant toute la durée de vie de l'appareil.

### COMMENT ACCÉDER AU SERVICE ?

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

→ Un outil de géolocalisation présent dans l'Espace Adhérent accessible via <https://mon-espace-adherent.lamutuellegenerale.fr>

→ Par téléphone en appelant le :



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

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

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

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

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

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

**ANACCS** : Association Nationale des Adhérents de Contrats Collectifs Santé régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 - 1-11 rue Brillat-Savarin - 75013 PARIS.

