

CONDITIONS GÉNÉRALES ex-Apréva VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE
Garanties frais de soins de santé et/ou décès

TITRE 1

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. OBJET

Les dispositions des présentes Conditions Générales déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties « frais de soins de santé » et « décès », dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire au sens de l'article L. 221-2, III-2°, du Code de la mutualité, au profit des salariés de la personne morale souscriptrice. Elles sont complétées par des Conditions Particulières, dont les dispositions prévalent, en cas de contradiction, sur celles du présent régime.

La personne morale souscriptrice peut, à tout moment, demander la transmission de ces documents sur support papier en adressant une demande à cet effet à la Mutuelle.

2. COMPOSITION DU GROUPE ASSURÉ

La ou les catégories objectives de personnel assurée(s) sont définies aux Conditions Particulières conformément à l'acte juridique de la personne morale souscriptrice instituant le régime obligatoire ou l'avenant le modifiant.

Toute personne physique adhérent ou ayant été affiliée au contrat devient Membre Participant d'AESIO mutuelle.

3. EFFET – DURÉE – RENOUELEMENT DU CONTRAT – OBLIGATIONS CONCERNANT L'ADHÉSION DES SALARIÉS

3.1 Effet – Durée – Renouvellement du contrat

Le contrat prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières dûment signées par la personne morale souscriptrice.

Il est souscrit pour la période comprise entre la date de prise d'effet du contrat et le 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite, au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction.

3.2 Obligations concernant l'adhésion des salariés

Le contrat étant un contrat collectif à adhésion obligatoire, la personne morale souscriptrice s'engage à faire adhérer au contrat tous les salariés présents ou futurs appartenant à la catégorie de personnel bénéficiaire définie aux Conditions Particulières (hormis les salariés dispensés d'affiliation conformément aux dispenses applicables).

Les salariés qui adhèrent au contrat acquièrent la qualité de « Membre participant » de la Mutuelle.

Les formalités d'adhésion sont précisées ci-dessous.

La personne morale souscriptrice s'engage :

- Lors de la souscription, à faire parvenir à la Mutuelle :
 - La liste nominative des salariés appartenant à la catégorie de personnel bénéficiaire en indiquant, le cas échéant, ceux dont le contrat de travail est suspendu et s'ils sont indemnisés ou non par la personne morale souscriptrice conformément à l'article 19.1 des présentes,
 - Les bulletins d'affiliation, complétés et signés, par chaque salarié, accompagnés des justificatifs nécessaires.

- En cours de contrat à transmettre à la Mutuelle :
 - Les bulletins d'affiliation, complétés et signés, des nouveaux salariés embauchés accompagnés des justificatifs nécessaires dans les plus brefs délais et au plus tard dans les trente jours suivants l'entrée dans la catégorie de personnel bénéficiaires.
L'adhésion du salarié (et le cas échéant de ses ayants droit inscrits au bulletin) prend effet le 1^{er} jour du mois de son entrée dans la catégorie de personnel bénéficiaires.
 - Les bulletins modificatifs pour tout changement de situation conformément à l'article 9 des présentes.

3.3 Obligations concernant la modification de la situation juridique de la personne morale souscriptrice

En cas de survenance de l'un des événements suivants, la personne morale souscriptrice s'engage à en informer la Mutuelle dans un délai de quinze (15) jours :

- Cession d'activité : à compter de la décision définitive de la cession d'activité par l'organe compétent de la personne morale souscriptrice ;
- Cessation d'activité : à compter de la décision définitive de cessation d'activité par l'organe compétent de la personne morale souscriptrice ;
- Dépôt de bilan : à compter de la date de la déclaration de cessation des paiements par la personne morale souscriptrice auprès du greffe du tribunal compétent ;
- Redressement judiciaire : à compter de la date du jugement d'ouverture de la procédure de redressement judiciaire ;
- Liquidation judiciaire : à compter de la date du jugement d'ouverture de la procédure de liquidation judiciaire.

En cas de modification de la structure juridique de la personne morale souscriptrice (notamment en cas de fusion absorption, transmission universelle du patrimoine), cette dernière est tenue d'en informer immédiatement la Mutuelle. Le maintien ou, le cas échéant, la résiliation du contrat collectif, est alors soumis aux dispositions réglementaires applicables dans de tels cas.

En cas de changement du représentant légal, de numéro d'inscription au Registre du Commerce et des Sociétés ou d'adresse du siège social, la personne morale souscriptrice est tenue d'en informer immédiatement la Mutuelle.

4. MODIFICATION – RÉSILIATION DU CONTRAT

4.1 Modification du contrat

Toute modification du contrat doit faire l'objet d'un avenant signé entre la Mutuelle et la personne morale souscriptrice.

La personne morale souscriptrice s'engage à remettre aux Membres Participants une notice comportant les modifications apportées au contrat.

Toutefois les modifications proposées visant à mettre en conformité le contrat avec les règles du cahier des charges des contrats responsables sont réputées acceptées à défaut d'opposition par écrit de la personne morale souscriptrice dans un délai de 30 jours à compter de la notification. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration de ce délai de 30 jours.

4.2 Résiliation du contrat par la personne morale souscriptrice ou la Mutuelle

4.2.1 Résiliation à l'initiative de la personne morale souscriptrice

a. Résiliation à l'échéance

La personne morale souscriptrice a chaque année la faculté de résilier le contrat par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux (2) mois avant la date d'échéance (le 31 octobre au plus tard). La résiliation prend effet à l'échéance annuelle, soit au 31 décembre.

b. Résiliation infra-annuelle

La personne morale souscriptrice peut résilier son contrat en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garanties souscrit.

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

Le Membre participant peut demander à la Mutuelle de devenir Membre participant à titre individuel.

4.2.2 Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

a. Résiliation à l'échéance

La Mutuelle a chaque année la faculté de résilier le contrat en envoyant une lettre recommandée à la personne morale souscriptrice au moins deux (2) mois avant la date d'échéance (le 31 octobre au plus tard). La résiliation prend effet à l'échéance annuelle, soit au 31 décembre.

b. Résiliation pour non-paiement des cotisations

Le contrat peut également être résilié par la Mutuelle en cas de non-paiement des cotisations par la personne morale souscriptrice dans les conditions de l'article 13 des présentes.

4.3 Résiliation de l'adhésion facultative des ayants droit

a. Principe

L'adhésion facultative des ayants droit prend fin en cas de demande de résiliation par le Membre participant, signifiée à la Mutuelle par lettre, tout autre support durable Code de la mutualité au moins deux (2) mois avant la fin de l'année civile. La radiation prend effet à l'échéance annuelle, soit au 31 décembre.

Aucune demande de résiliation ne peut être acceptée en cours d'année.

b. Dérogations

- En cas de changement de situation familiale (jugement définitif de divorce, rupture du PACS ou du concubinage, décès d'un ayant droit) ;
- En cas de déchéance de l'autorité parentale ou émancipation d'un enfant (copie du jugement) ;
- En cas de changement de situation professionnelle du conjoint, ou du partenaire de PACS, ou du concubin ou d'un ayant droit enfant entraînant l'adhésion à un régime santé collectif obligatoire (attestation à fournir).

La résiliation devient effective au premier jour du mois qui suit l'événement lorsque la Mutuelle reçoit la demande écrite justifiant des événements listés ci-dessus dans les trois mois suivant la date de l'événement.

A défaut, la résiliation ne pourra être effective qu'au premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande et les cotisations échues depuis la date de l'événement resteront acquises à la Mutuelle.

5. ÉLECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution du présent contrat, le siège social de la personne morale doit obligatoirement être situé en France.

Si son siège social se situe en dehors du territoire de la France métropolitaine, l'établissement avec lequel le contrat est conclu doit être situé en France et elle doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution du contrat notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

6. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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

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

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

Les destinataires des données du Membre participant et de ses ayants droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de la Mutuelle ainsi que ses tiers autorisés, et notamment ses délégués de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités et l'Entreprise. La liste des tiers autorisés est disponible sur le site internet de la Mutuelle via la Charte de protection des données.

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

L'Entreprise est informée que la Mutuelle peut être amenée au travers de certains sous-traitants à transférer des données à caractère personnel vers un pays tiers en dehors de l'Union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans ce cas, la Mutuelle met en place les mesures juridiques

nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ces transferts et de répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

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

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

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

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), les Membres participants et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès aux données personnelles les concernant, d'un droit à la portabilité de ces données, d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement, ainsi que d'un droit à la détermination du sort post-mortem de ces données. Les Membres participants et leurs ayants droit disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite.

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

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

La demande peut être exercée :

- par courrier papier à l'adresse suivante : AÉSIO Mutuelle, Délégué à la Protection des Données, 4 rue du Général Foy, 75008 PARIS.
- par mail à l'adresse suivante : aesio.dpo@aesio.fr

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

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

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

7. AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉSOLUTION

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), située 4 Place de Budapest – CS92459 – 75436 PARIS CEDEX 9.

TITRE 2 ADHÉSION DES SALARIÉS

8. DEMANDE D'ADHÉSION

Chaque Membre Participant doit remplir et signer un bulletin d'affiliation. Ce document, contresigné par le souscripteur et avec le cachet de l'entreprise, devra indiquer notamment les noms, prénoms, domicile, date et lieu de naissance, situation de famille ainsi que la catégorie professionnelle du Membre Participant lui-même ainsi que l'identité de ses ayants droit.

Le Membre participant fait connaître sa situation ainsi que celle de ses ayants droit au regard de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Toute modification sera signalée à la Mutuelle.

La Mutuelle pourra, lorsque le paiement des prestations y est conditionné, exiger du Membre participant ou de ses ayants droit la fourniture de la carte VITALE ou de son attestation. Cette utilisation sera faite conformément aux dispositions légales et aux recommandations de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

L'adhésion de tout Membre participant ou ayant droit ne pouvant justifier de son appartenance à un régime légal d'assurances maladie français est nulle.

9. DÉCLARATION DE MOUVEMENT DE PERSONNEL

Les modifications (embauches, promotions, départs, décès, etc...) doivent être signalées à la Mutuelle, à la diligence et sous la responsabilité du souscripteur dans un délai de trente et un jours à compter de leur survenance.

Les Membres Participants s'engagent de leur côté à faire connaître au souscripteur toutes les modifications survenant dans leur situation de famille dans les 31 jours de la survenance de l'événement, notamment :

- en cas de mariage (en joignant une copie du livret de famille),
- en cas de concubinage (en joignant un certificat de vie commune),
- en cas de pacs (en joignant une copie du contrat),
- en cas de naissance (en joignant une copie du livret de famille),
- en cas de changement d'adresse (en joignant une quittance EDF, eau ou de téléphone),
- en cas de changement de banque (en joignant un R.I.B.).

10. INFORMATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

Le souscripteur est tenu :

- De remettre à chacun des Membres Participants une notice d'information rédigée par la Mutuelle qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, les clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.
- D'informer par écrit les Membres Participants des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations.

TITRE 3 COTISATIONS

sont proratisées en fonction du nombre de jours couverts dans le mois.

13. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

13.1 Non-paiement des cotisations lorsque la personne morale souscriptrice en assure le précompte (article L. 221-8 I du Code de la mutualité)

Lorsque la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle est en droit de mettre la personne morale en demeure de payer. Si aucun paiement n'est intervenu à expiration du délai de 30 jours suivant cette mise en demeure, alors la Mutuelle est fondée à suspendre la garantie.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à la personne morale, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai de 30 jours prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat, sauf s'il entreprend de se substituer à elle pour le paiement des cotisations. La Mutuelle a le droit de mettre fin au contrat dix jours après le délai de trente jours précité. Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement. A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle peut appliquer des majorations de retard dans les conditions fixées par les Statuts.

13.2 Non-paiement des cotisations lorsque la personne morale souscriptrice n'en assure pas le précompte (article L. 221-8 II du Code de la mutualité)

Lorsque la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, le Membre Participant encoure l'exclusion du groupe. La Mutuelle est en droit de le mettre en demeure de payer. Si aucun paiement n'est intervenu à expiration du délai de 40 jours suivant cette mise en demeure, alors la Mutuelle est fondée à prononcer l'exclusion du Membre Participant. Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au contrat.

TITRE 4 PRESTATIONS

A / RISQUES COUVERTS

14. DÉFINITION DES PRESTATIONS

14.1 En matière de frais de soins de santé

Ces garanties ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au Membre Participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la

11. ASSIETTE ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les garanties sont assurées en contrepartie du versement des cotisations dont les montants sont fixés aux Conditions Particulières. Ces cotisations ont un caractère annuel.

Les montants des cotisations des opérations collectives sont établis notamment sur la base du montant en vigueur des prestations de la Sécurité Sociale, des données démographiques communiquées par la personne morale souscriptrice, et de l'adhésion de l'ensemble des salariés ou d'une partie d'entre eux.

Le montant est révisé par la Mutuelle au 1^{er} janvier de chaque année notamment dans les cas suivants :

- Pour tenir compte de l'évolution des prestations prises en charge par l'assurance maladie complémentaire, de l'évolution des garanties et des services ainsi que de l'évolution du compte de résultat et du bilan de la Mutuelle.
- S'il est constaté un écart significatif avec les éléments déclarés par la personne morale souscriptrice dans le document formalisant le devoir de conseil (âge moyen, salaire, démographie). Est considéré comme significatif un écart supérieur ou égal à :
 - o 2 ans entre l'âge moyen déclaré des salariés et l'âge réel des salariés couverts ;
 - o 5% entre le nombre de salariés et/ou d'ayants droit déclarés et le nombre de salariés et/ou d'ayants droit couverts ;
 - o 5% entre le salaire moyen déclaré et le salaire moyen constaté.

Dans ces cas d'écart significatif, la Mutuelle pourra faire évoluer la cotisation au 1^{er} janvier suivant, y compris en présence d'une clause de maintien de tarif prévue aux Conditions Particulières. Le montant des cotisations sera également révisé, le cas échéant, en cours d'année, en cas de modifications importantes des taux ou des bases de remboursement de la Sécurité Sociale, de décision de déremboursement substantiel ou de modification importante du système de santé ayant pour effet de modifier l'économie du contrat, la nature du risque assuré et son évaluation par la Mutuelle.

A défaut, la Mutuelle se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification législative ou réglementaire.

Par ailleurs, pour les entreprises dont le nombre de bénéficiaires de la portabilité augmente de 50% sur une période de 3 à 6 mois, y compris en dehors de toute procédure collective, la Mutuelle se réserve le droit d'appeler une cotisation supplémentaire en cours d'année auprès de la personne morale souscriptrice, sous forme de versement unique, permettant le financement de la portabilité visée à l'article 19.2 des présentes.

12. PAIEMENT DES COTISATIONS

La personne morale souscriptrice s'engage pour une période annuelle. A ce titre, la cotisation peut être payée annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement. Les cotisations sont payables à la date indiquée aux Conditions Particulières.

La Mutuelle procède à l'appel et à l'encaissement des cotisations aux échéances définies dans les Conditions Particulières.

En cas de souscription ou de résiliation du contrat par la personne morale souscriptrice en cours de mois, les cotisations

Sécurité Sociale au titre des prestations en nature de l'Assurance Maladie.

Les prestations sont calculées sur la base du remboursement des régimes d'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur s'il existe ou sur des montants forfaitaires, indiqués aux Conditions Particulières.

Elles ne peuvent excéder, sauf prestations forfaitaires, le montant des frais restant à la charge du Membre Participant ou de ses ayants droit.

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

Sauf cas particulier mentionné aux Conditions Particulières, l'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu au remboursement des soins de la part de la Mutuelle.

Ces prestations sont précisées aux Conditions Particulières du contrat et sont définies ci-après.

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

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

14.1.1 Contrats responsables et panier de soins minimal

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires a adapté le cahier des charges des contrats responsables pour la mise en œuvre de la réforme « 100% santé » telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Ces évolutions prendront effet respectivement :

- à compter du 1^{er} janvier 2020 pour les nouvelles dispositions relatives à l'optique et au dentaire ;
- à compter du 1^{er} janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives.

Le présent contrat s'inscrit dans le dispositif des contrats « responsables » conformément aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et du Décret du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés (panier de soins minimal).

Conformément à ces dispositions :

Le contrat prend obligatoirement en charge :

- Sur l'ensemble des postes de garantie, le Ticket Modérateur de l'ensemble des actes remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire **à l'exception toutefois des cures thermales, des médicaments remboursés à 15%, des médicaments remboursés à 30% et de l'homéopathie.**
- la prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour les séances d'accompagnement psychologique, dans la limite de 8 séances par an.
- Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers sans limitation de durée.
- L'intégralité du forfait patient urgence
- Si le contrat prévoit leur prise en charge, les dépassements d'honoraires sont pris en charge de façon différenciée selon que les médecins aient opté, ou non, à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention médicale en vigueur.

Pour les médecins n'ayant pas opté pour un tel dispositif, la prise en charge des dépassements tarifaires est plafonnée et soumise à une double limite à savoir : 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, tout en respectant un écart à la prise en charge du contrat d'au moins 20 % entre les médecins ayant opté pour un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée et ceux qui n'auraient pas opté.

- La prise en charge à hauteur d'au moins 125% des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento faciale.

• Pour les équipements en optique : le contrat responsable distingue entre deux classes d'équipements optiques :

- La prise en charge des équipements de Classe A (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la Liste des Produits et Prestations après l'intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels,
- La prise en charge des équipements de Classe B « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, **la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.**

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

• Pour les équipements auditifs : le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives :

- La prise des équipements de Classe I (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la Liste des Produits et Prestations au-delà de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels,
- La prise des équipements de Classe II (« à tarifs libres ») à hauteur du ticket modérateur. **Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale. Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de 4 ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la Liste des Produits et Prestations. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.**

• Pour les remboursements en dentaire : le contrat responsable distingue trois paniers de soins :

- La prise en charge des actes appartenant au panier « 100% Santé » (« reste à charge zéro ») au-delà de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels engagés,
- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins à « reste à charge maîtrisé » à hauteur du ticket modérateur,
- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur.

Le contrat ne prend pas en charge :

- La majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- La franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,

- **La participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux,**
- **Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.**

En cas de changement des dispositions législatives ou réglementaires relatives au « cahier des charges du contrat responsable », dont le respect conditionne le droit à la participation financière de l'employeur, ces changements seront considérés comme immédiatement applicables, en attente de régularisation des clauses des Conditions Particulières.

14.1.2 Prestations supplémentaires Frais de Soins de Santé

La Mutuelle propose, en sus des prestations énumérées ci-dessus **dans la limite des dépenses engagées**, de faire bénéficier ses Membres Participants et leurs ayants droit de prestations supplémentaires en fonction des garanties souscrites et dans les conditions suivantes.

Les plafonds de remboursement peuvent être exprimés par rapport à la base de remboursement du Régime Obligatoire ou en montants forfaitaires.

- Orthodontie

Si la date de début des soins est antérieure à la date d'adhésion ou de radiation, la Mutuelle rembourse le traitement pour une durée maximale de 6 mois au prorata de la période de cotisations réglées.

- Cure thermique

Un montant forfaitaire est accordé pour couvrir tout ou partie des soins dispensés pendant la cure, des honoraires, du forfait thermal, des frais d'hébergement et de transport exposés pour la cure.

- Prothèses auditives

La Mutuelle accorde un forfait sous réserve de la prise en charge du Régime Obligatoire. La garantie prévoit le remboursement des piles et entretien de l'appareil auditif.

- Frais d'accompagnant

La Mutuelle peut verser un forfait couvrant les frais de repas et/ou d'hébergement en milieu hospitalier ou en hébergement extérieur du service (maison de parents, foyer d'accueil ou hôtel hospitalier) de la personne accompagnante. Le remboursement s'effectue dans la limite d'un montant forfaitaire par journée d'hospitalisation.

- Prime naissance

Sur justificatif (photocopie du livret de famille), une prime peut être attribuée au Membre Participant dans le cadre d'une naissance ou d'une adoption d'un enfant de moins de 12 ans. **Le paiement de la prime est subordonné, à la condition que l'enfant soit né vivant et viable et à son inscription en tant qu'ayant droit dans les trois (3) mois de sa naissance ou de son adoption.**

- Pack bien-être :

- Vaccin anti grippe et les autres vaccins sans prise en charge par le Régime Obligatoire.
- Dermatologue
La Mutuelle peut rembourser les actes hors nomenclature pratiqués ou prescrits par un dermatologue.
- Diététicien
La Mutuelle peut verser un forfait pour un suivi diététique et un bilan nutritionnel effectués auprès d'un(e) diététicien(ne)

titulaire du diplôme d'Etat français mentionné à l'article L.4371-3 du Code de la santé publique ou de l'autorisation prévue aux articles L.4371-4 et L.4371.6 du même Code.

- Sevrage tabagique
La Mutuelle peut rembourser à hauteur d'un forfait les traitements par substituts nicotiques sans prise en charge par le Régime Obligatoire figurant dans la liste ci-après : les patchs, les médicaments, les gommes à mâcher et les inhalateurs délivrés en pharmacie.
- Contraceptifs sans prise en charge par le Régime Obligatoire
La Mutuelle peut rembourser à hauteur d'un forfait les contraceptifs sans prise en charge par le Régime Obligatoire figurant dans la liste ci-après : les pilules de troisième génération, les préservatifs, les capes cervicales, l'anneau contraceptif, les patchs, les spermicides (crème, gel, mousse).
- Amniocentèse sans prise en charge par le Régime Obligatoire
La Mutuelle peut verser un forfait pour permettre à la future maman d'accéder à l'examen d'amniocentèse lorsqu'il n'est pas pris en charge par le Régime Obligatoire.
- Thalassothérapie jeune maman
La Mutuelle peut verser un forfait pour la thalassothérapie jeune maman, à condition que celle-ci soit effectuée dans les douze mois qui suivent la naissance de l'enfant et que celui-ci soit inscrit comme ayant droit du contrat. Le forfait est attribué une seule fois par accouchement. **Le remboursement des prestations thalassothérapie n'est pas cumulable avec la prestation cure thermique. Pour être prise en charge, la thalassothérapie doit être effectuée en France Métropolitaine.**
- Ostéodensitométrie osseuse
La Mutuelle peut prendre en charge les actes d'ostéodensitométrie osseuse sans prise en charge par le Régime Obligatoire à hauteur d'un forfait.
- Pédicure - Podologue
La Mutuelle peut verser une somme forfaitaire pour les actes de soins des pieds, de la peau et des ongles relevant du domaine médical, dispensés par le pédicure. Sont également pris en charge les traitements ou soins dispensés par un podologue ou un podothérapeute.
- Ostéopathie
La Mutuelle peut verser un forfait pour les séances d'ostéopathie. Pour bénéficier d'une prise en charge de la Mutuelle, il faut que les séances d'ostéopathie soient effectuées par un ostéopathe titulaire d'une formation ou d'un diplôme d'ostéopathie ou d'une autorisation d'exercice, conformément à l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Médecines douces
La Mutuelle peut verser un forfait, par an et par Membre Participant et ayant droit, pour des consultations ou des séances pratiquées par un professionnel de santé dont les spécialités sont listées dans le tableau des garanties de la garantie souscrite.
- Pratique d'un sport en club sportif
La Mutuelle verse un forfait par an et par Membre Participant et ayant droit pour la prise en charge d'une partie de la cotisation relative à la pratique d'un sport. **Sont exclus les sports reconnus comme extrêmes ou réputés dangereux, visés ci-dessous :**

- Sports de glisse : airboard, freebord, kite surf, snowboard, speedriding, surf, streetluge, longskate, le ski extrême, l'alpinisme,
 - Sports mécaniques : quad, roller derby, stunt, FMX, moto cross, karting,
 - Sports à sensations : apnée, base jump, chute libre, saut à l'élastique, skysurf, urban climbing, cascade de glace, plongeon, rafting, dry tooling, escalade, parapente, échasses urbaines, deltaplane, voltige, cyclisme de descente, surf, spéléologie, parachutisme, montgolfière, vol à voile, ULM.
 - Sports de loisirs : pêche, chasse.
- Prévention soleil
La Mutuelle peut verser un forfait par enfant de moins de 16 ans pour la crème solaire affichant un indice de protection égal ou supérieur à 30.
 - Patches anti douleur
La Mutuelle peut verser un forfait par enfant de moins de 16 ans, pour les patches anti douleur.

14.1.3 Limites de remboursements

En optique

- Les verres solaires ou teintés sont exclus de toute garantie, sauf sur prescription médicale.
- Pour le poste lentilles, les produits et accessoires ne sont pas pris en charge dans le forfait.

En dentaire

Sont exclus de tous remboursements les prothèses dites « provisoires » et hors nomenclature.

Et plus généralement, sous réserve du respect des obligations de prise en charge prévues à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale sont exclus de toute prise en charge :

- Les frais de traitement esthétiques ou de cosmétologie, lorsque non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire
- Les cures, traitements et opérations de rajeunissement et d'amaigrissement, lorsque non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire
- Les frais de chirurgie esthétique
- Les frais d'hébergement :
 - o En établissement gériatrique ou de long séjour,
 - o Pour les séjours en ateliers thérapeutiques,
 - o En centre de rééducation professionnel et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psycho pédagogique et professionnels ;
 - o Pour les séjours en section de cures médicales
- Sauf indication contraire prévue au tableau des garanties, sont également exclus les frais de séjour (y compris la prise en charge des forfaits journaliers) en maison d'accueil spécialisée (MAS).

14.2 En matière de décès

14.2.1 Garantie de base : en cas de décès

Si prévu au contrat, la Mutuelle garantit le versement, en cas de décès du Membre participant survenant au cours de la période de garantie et, selon la garantie souscrite, de ses ayants droit, d'un capital dont le montant est précisé dans les

tableaux de garanties annexés aux Conditions Particulières ou sur les bulletins d'affiliation au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires.

14.2.2 Garantie assimilée : en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

La Mutuelle garantit, en cas de reconnaissance d'une perte totale et irréversible d'autonomie survenant au cours de la période de garantie constatée dans les conditions ci-après, le versement par anticipation du capital décès.

Dans cette hypothèse, la Mutuelle est libérée de toute obligation lors du décès ultérieur de l'assuré.

D'une manière générale, sont considérés comme étant en état de perte totale et irréversible d'autonomie les invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession pouvant leur procurer gain ou profit, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

En pratique, seront seulement réputés en état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'une part, l'assuré classé par la Commission de Réforme dans la 3^{ème} catégorie d'invalides visée par l'article 6 du décret n°60-58 du 11 janvier 1960 et, d'autre part, l'assuré classé par la Sécurité Sociale dans la 3^{ème} catégorie d'invalides visée par l'article L.341-4, 3° du Code de la Sécurité sociale.

Sera aussi assimilée à l'état de perte totale et irréversible d'autonomie l'incapacité permanente totale avec attribution par la Sécurité sociale d'une majoration de la rente au titre de l'assistance d'une tierce personne résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, par application de l'article L.434-2 alinéa 3 du Code de la Sécurité sociale.

B / BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

Les garanties du contrat sont ouvertes aux salariés appartenant aux catégories de personnels couvertes telles que définies aux Conditions Particulières.

15. LE MEMBRE PARTICIPANT ET LES AYANTS DROIT

Les bénéficiaires des garanties frais de santé et les personnes assurées au titre de la garantie décès sont, selon les garanties souscrites et sous réserve de dérogations spécifiques prévues aux Conditions Particulières, le Membre Participant et le cas échéant son ou ses ayants droit tels que définis ci-après :

Les ayants droit des Membres participants pouvant bénéficier des prestations de la Mutuelle sont définis comme toute personne rattachée à un Membre participant à l'un des titres suivants :

- Conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité.

Le conjoint est l'époux ou épouse du Membre participant, non divorcé et non séparé de corps judiciairement, exerçant ou non une activité professionnelle. Par concubinage on entend « l'union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ». Le partenaire est la personne liée au Membre participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), exerçant ou non une activité professionnelle. Le PACS est un contrat conclu entre deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515 -1 du code civil).

- Enfant(s) à charge.

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants légitimes, naturels, reconnus adoptifs ou recueillis du Membre participant, de son conjoint, à défaut de son partenaire ou concubin, sous réserve qu'ils :

- Bénéficiaire de prestations d'un contrat obligatoire d'assurance maladie sous le numéro d'immatriculation du Membre participant, de son conjoint, partenaire ou concubin dès lors qu'il est lui-même ayant droit,
- Soient âgés de moins de 28 ans et poursuivent leurs études (sous présentation d'un certificat de scolarité ou d'une carte d'étudiant),
- Soient âgés de moins de 25 ans et poursuivent une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou de professionnalisation) ou si leur revenu mensuel brut est inférieur à 75% du SMIC,

Quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

16. BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS DÉCÈS

16.1 Bénéficiaires des garanties en cas de décès

Le(s) Bénéficiaire(s) du capital / prestation dû par la Mutuelle lors du décès de l'assuré et/ou de ses ayants droit sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de leur part, dans le certificat de désignation du bénéficiaire fourni par la Mutuelle et retourné à cette dernière ou dans un avenant signé par les parties ou dans un acte sous seing privé ou authentique postérieur porté à la connaissance de la Mutuelle.

Clause standard

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés par l'assuré, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- Au conjoint de l'assuré survivant non divorcé, à défaut au partenaire lié par un Pacs, à défaut au concubin notoire, la qualité de ces personnes étant appréciée au moment du décès,
- A défaut, aux enfants nés ou à naître de l'assuré, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- A défaut, aux héritiers de l'assuré, en application des règles de la dévolution successorale légale.

Clause particulière

L'assuré a la possibilité de désigner librement le(s) bénéficiaire(s) par la rédaction d'une clause bénéficiaire particulière qui devra être portée à la connaissance de la Mutuelle. En cas de désignation nominative, les informations suivantes doivent être renseignées :

- le nom de naissance et le nom d'usage, le(s) prénom(s), la date et le lieu de naissance (commune, département, pays), l'adresse complète (numéro, voie, pays, commune, département) et la qualité (pleine propriété, nue-propriété, usufruit) de chacun des bénéficiaires personne physique ;
- le nom ou la raison sociale et l'identifiant SIREN ou RNA de chacun des bénéficiaires personne morale ;
- la répartition des capitaux décès.

Cette désignation est impérativement suivie de la mention « à défaut à mes héritiers ».

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital

lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

L'attention de l'adhérent est spécialement attirée sur l'importance attachée à la rédaction de la clause bénéficiaire, et en particulier à la complétude des informations relatives à l'identité des bénéficiaires, ainsi qu'à l'opportunité de prévoir un ou plusieurs bénéficiaire(s) subséquent(s).

La clause bénéficiaire peut être modifiée à tout moment par l'assuré afin de refléter au mieux sa situation personnelle. Toutefois, en cas d'acceptation de la désignation par le bénéficiaire, celle-ci devient irrévocable. Cette acceptation est faite soit par avenant signé de la Mutuelle, de l'assuré et du bénéficiaire, soit par acte authentique ou par acte sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire, et n'a alors d'effet à l'égard de Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

16.2 Bénéficiaire des garanties en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le bénéficiaire de la garantie est le Membre Participant.

16.3. Recherche des bénéficiaires

AESIO Mutuelle s'engage à respecter les dispositions réglementaires en matière d'identification des assurés décédés et de recherche des bénéficiaires telles que définies par la loi n°2014-617 du 13 juin 2014 (dite loi Eckert).

C / REGLEMENT DES PRESTATIONS

17. ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

L'effet des garanties est immédiat tant en frais de soins de santé qu'en décès.

18. TERME DES GARANTIES

18.1 En matière de Frais de Soins de Santé

Les garanties cessent pour les Membres participants et le cas échéant pour leurs ayants droit :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat par la personne morale souscriptrice ou par la Mutuelle,
- à la date du décès du salarié ou le cas échéant pour ses ayants droit à l'expiration de la période de maintien de 12 mois au profit des ayants droit du salarié décédé. La cotisation due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès.

Au premier jour du mois qui suit l'événement lorsque la Mutuelle reçoit la demande écrite de la Personne Morale Souscriptrice justifiant des événements listés ci-dessous dans les trente et un jours suivant la date de l'événement :

- En cas de fin du contrat de travail,
- Lorsque le salarié ne remplit plus les conditions d'appartenance à la catégorie de personnel bénéficiaire visée aux Conditions Particulières,
- En cas de liquidation de la retraite de la Sécurité Sociale du salarié, sauf en cas de cumul emploi-retraite,
- Pour la couverture d'un ayant droit, en cas de perte de cette qualité.

A défaut, la résiliation ne pourra être effective qu'au premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande et les

cotisations échues depuis la date de l'événement resteront acquises à la Mutuelle

La radiation du Membre participant entraîne automatiquement celle des ayants droit. La cessation des garanties à adhésion obligatoire met fin automatiquement aux garanties optionnelles à adhésion facultative.

18.2 En matière de décès

Les garanties cesseront immédiatement :

- A la date de résiliation de la garantie,
 - En cas de rupture du contrat de travail,
 - Lorsque le Membre Participant fait valoir son droit à la retraite.
- Le décès et la reconnaissance d'une invalidité totale et permanente d'un Membre Participant ou d'un ayant droit, postérieurs à cette date n'ouvriront pas droit au versement des prestations.

19. MAINTIEN DE DROITS

19.1 Cas de suspension du contrat de travail

a) Suspension du contrat de travail indemnisée

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

- D'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou pour son compte, par l'intermédiaire d'un tiers (indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur),
- D'un revenu de remplacement versé par l'employeur, y compris en cas d'activité partielle, activité partielle de longue durée ou de toute période de congé rémunéré par l'employeur,

les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que les salariés actifs et la participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations, continuent à être versées selon les mêmes modalités que pour les salariés en activité.

b) Suspension du contrat de travail non indemnisée

Les salariés absents en raison d'une maladie, maternité ou d'un accident et ne bénéficiant d'aucune indemnisation, ou les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour des raisons autres que médicales sans maintien de salaire, voient leurs garanties suspendues.

Cette suspension des garanties intervient à compter de la date à laquelle la rémunération n'est plus maintenue, et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé, sous réserve que la personne morale souscriptrice informe la Mutuelle dans le délai d'un (1) mois suivant la reprise. A défaut d'information dans ce délai, la garantie est due par la Mutuelle dans la mesure où l'adhésion, résultant du présent contrat, est obligatoire. En contrepartie, une action en paiement des cotisations non versées sera menée par la Mutuelle.

Toutefois, les salariés concernés peuvent, s'ils le souhaitent, demander à bénéficier d'un maintien de leurs garanties pendant la durée de la suspension de leur contrat de travail, à charge pour eux de s'acquitter, directement auprès de la Mutuelle, de la totalité de la cotisation (part salariale + part patronale) due pour les salariés en activité.

Dans ce cas :

- Lorsque la suspension débute en cours de mois, la 1ère cotisation due par le salarié au titre du maintien de garantie est celle du mois suivant ;

- Lorsque la suspension se termine en cours de mois par la reprise du travail, la dernière cotisation due par le salarié au titre du maintien de garantie est celle du mois précédant la fin de la suspension.

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

Le Membre participant bénéficiaire de ce maintien facultatif a la possibilité de résilier sa couverture chaque année à son échéance annuelle (31 décembre), en le signifiant à la Mutuelle au moins deux (2) mois avant cette échéance (soit le 31 octobre au plus tard).

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

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

Le maintien cesse :

- En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions fixées à l'article 13.2 des présentes Conditions Générales,
- En cas de résiliation de la couverture par le Membre participant, dans les conditions fixées au paragraphe précédent,
- En cas de résiliation du contrat par la personne morale souscriptrice ou par la Mutuelle, dans les Conditions fixées à l'article 18 des présentes,

A la date du décès du Membre participant ou le cas échéant pour ses ayants droit à l'expiration de la période de maintien de douze (12) mois au profit des ayants droit du salarié décédé. La cotisation due est calculée au prorata du nombre de jours couverts avant le décès.

19.2 Cas de la portabilité des droits

L'article L.911.8 du Code de la Sécurité sociale prévoit un mécanisme de portabilité des droits.

Il s'agit du principe selon lequel en cas de rupture de son contrat de travail, en dehors de la liquidation judiciaire de sa société, et à certaines conditions, un salarié et le cas échéant ses ayants droit, peuvent conserver le bénéfice des garanties complémentaires santé et prévoyance appliquées dans son ancienne entreprise et ce durant un certain temps.

19.2.1 Garanties maintenues

Les garanties maintenues au titre de la portabilité sont les garanties santé et décès collectives en vigueur dans l'entreprise. Elles doivent avoir été mises en place conformément à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale.

19.2.2 Conditions d'éligibilité à la portabilité

Pour bénéficier de la portabilité des garanties, le salarié doit justifier qu'il remplit trois conditions cumulatives :

- La cessation du contrat de travail ne doit pas être consécutive à une faute lourde.
- La cessation du contrat de travail doit ouvrir droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

- Les droits à remboursements complémentaires doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur (le salarié ne doit pas avoir choisi de faire valoir un cas de dispense).

19.2.3 Bénéficiaires de la portabilité

La portabilité est applicable aux salariés et à leurs ayants droit qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

19.2.4 Durée de portabilité

Le bénéfice de la portabilité est accordé pendant une durée égale à la période d'indemnisation par le régime d'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir toutefois excéder 12 mois.

19.2.5 Financement de la portabilité

La portabilité des droits est financée, exclusivement, par les cotisations payées par la Personne Morale Souscriptrice et les Membres participants salariés. Ce financement est inclus dans le taux de cotisation du contrat collectif souscrit par la Personne Morale Souscriptrice.

19.2.6 Cessation de la portabilité

Le maintien des garanties frais de santé cesse :

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

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

19.3 Cas des ressortissants de l'article 4 de la Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Evin ».

Un maintien des garanties frais de santé est accordé aux Membres Participants du contrat groupe souscrit par un employeur au profit de ses salariés, en application d'un accord collectif, d'un référendum ou d'une décision unilatérale de l'employeur et applicable dans les cas suivants :

- Au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois à compter :

- soit de la rupture de leur contrat de travail ;
- soit de la fin de portabilité des droits pour les salariés ayant adopté ce dispositif.

- Au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès d'un Membre Participant.

Les tarifs applicables aux personnes visées par le présent article peuvent être supérieurs aux tarifs applicables aux salariés actifs dans les conditions fixées par décret.

Pour les contrats Loi Evin prenant effet avant le 1^{er} juillet 2017, les tarifs ne peuvent excéder

50 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391
Siège social : 4 rue du Général Foy 75008 PARIS

Pour les contrats Loi Evin prenant effet après le 1^{er} juillet 2017, conformément au décret n°2017-372 du 21 mars 2017 les tarifs sont échelonnés sur 3 ans de la manière suivante :

- Jusqu'au 31/12/N+1 les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

- La deuxième année, les tarifs ne pourront être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

- La troisième année, les tarifs ne pourront être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

- Au-delà de la troisième année, les cotisations ne seront plus plafonnées.

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

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

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

En cas de résiliation du maintien facultatif en cours de mois, les cotisations sont dues au prorata du nombre de jours couverts.

20. VERSEMENT DES PRESTATIONS

20.1 En matière de Frais de Soins de Santé

Pour pouvoir bénéficier des prestations frais de soins de santé, le Membre Participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits doivent être ouverts.

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

Par dérogation, le versement de la prime naissance s'effectue uniquement sur le compte bancaire du Membre Participant.

Le remboursement des dépenses de frais de soins de santé par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

La Mutuelle procédera au paiement des prestations dans le délai maximal de 10 jours ouvrés à compter de la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au paiement. Ce délai s'entend hors délais bancaires et éventuelles dispositions spécifiques prévues dans les conditions particulières.

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

20.1.1 Demandes de remboursement

Les prestations sont réglées uniquement sur présentation de l'original du décompte de la Sécurité Sociale, sauf dans le cadre d'échanges de données informatisées. Les photocopies ou duplicata ne sont pas acceptés, sauf prestations spécifiques stipulées ci-dessous.

Si le montant des dépenses engagées (dépassement d'honoraires, etc.) n'est pas indiqué sur le décompte de la Sécurité sociale, il convient de joindre soit la photocopie de la feuille de maladie, soit la note d'honoraires du praticien.

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'adhérent, sur demande de la Mutuelle, doit lui faire parvenir les documents originaux ou certifiés conformes en cas de remboursement préalable de tout ou partie du reste à charge par un autre organisme complémentaire tels qu'indiqués ci-dessous :

- Soins ambulatoires : facture détaillée acquittée

- Soins externes hospitaliers : facture acquittée délivrée par l'établissement hospitalier

- Soins dentaires : décompte du Régime Obligatoire et facture détaillée acquittée
 - Prothèses dentaires : facture détaillée acquittée par prothèse et décompte du Régime Obligatoire
 - Actes en série (soins infirmiers, orthophoniste...) : décompte du Régime Obligatoire
 - Séjour : facture acquittée
 - Honoraires : facture détaillée acquittée et décompte du Régime Obligatoire
 - Lunettes et lentilles : facture détaillée acquittée et décompte du Régime Obligatoire
 - Prothèses médicales et Orthèses : facture détaillée acquittée et décompte du Régime Obligatoire
 - Cure thermale : décompte du Régime Obligatoire ou volet de cure acquitté en cas de tiers payant, factures d'hébergement et de transport (train, essence, attestation...)
 - Pharmacie : facture nominative acquittée
 - Orthodontie : facture détaillée précisant la date de début et de fin du semestre de soins
 - Prothèses auditives : facture acquittée
 - Frais d'accompagnement : facture nominative et acquittée de l'établissement hospitalier ou, en cas d'hébergement à l'extérieur du service, facture acquittée d'une maison de parents, d'un foyer d'accueil ou hôtel hospitalier mentionnant le nom du Membre Participant ou ayant droit hospitalisé et bulletin de situation
 - Prestations non prises en charge par le Régime Obligatoire : prescription médicale et facture nominative acquittée par un professionnel de santé
 - Pratique d'un sport en club sportif : photocopie de la licence sportive ou carte annuelle de Membre d'un club de sport en cours de validité et justificatif de paiement
 - Prévention soleil : facture du pharmacien mentionnant les coordonnées de l'enfant, l'indice de protection de la crème et le montant TTC de la dépense engagée
 - Patches anti douleur : facture du pharmacien mentionnant les coordonnées de l'enfant et le montant TTC de la dépense engagée.
- Les documents fournis pour obtenir le versement des prestations sont conservés par la Mutuelle.

20.1.2 Point de départ du délai de prescription

Les demandes de paiement de prestations doivent être produites dans les 24 mois.

Le point de départ de ce délai est fixé comme ci-après pour les prestations suivantes :

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

20.2 En matière de décès

20.2.1 Modalités de versement des prestations

Dès notification à la Mutuelle du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie, celle-ci enverra aux personnes

AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391
Siège social : 4 rue du Général Foy 75008 PARIS

concernées les formulaires nécessaires à la justification de la demande.

Le capital / les prestations garantis sont réglées au(x) bénéficiaire(s) dans un délai maximum d'un mois à compter de la réception par la Mutuelle de l'intégralité des pièces justificatives demandées. AESIO Mutuelle se réserve la possibilité de demander toutes autres pièces justificatives nécessaires au règlement du capital / des prestations.

En application de l'article L223-22-1 du Code de la mutualité, au-delà de ce délai, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

Les prestations garanties en cas d'invalidité totale et permanente ou de décès, seront versées au Membre Participant et/ou aux bénéficiaires sur production d'une demande de prestations accompagnée des pièces et justificatifs suivants :

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :

- Une attestation de la Mutuelle précisant la date d'adhésion de l'assuré ainsi que la garantie souscrite,
- Un titre de pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par de la Sécurité Sociale.

En cas de décès :

Les capitaux sont versés à la demande du bénéficiaire sur production des pièces et justificatifs suivants :

- une attestation de la Mutuelle précisant la date d'adhésion de l'assuré ainsi que la garantie souscrite,
- un acte de décès,
- un certificat d'hérédité,
- un certificat médical indiquant si le décès relève d'une cause accidentelle, naturelle ou d'un suicide.

En cas de décès par accident :

- Le procès-verbal de police ou de gendarmerie
- Les pièces justifiant des droits et de la qualité des bénéficiaires : identité, qualité et adresse,
- Un certificat de porte fort en cas de pluralité d'héritiers,
- La désignation de bénéficiaire complétée, datée et signée par l'assuré.

Il incombe aux bénéficiaires d'apporter la preuve de la relation directe entre l'accident et le décès ou l'invalidité totale et permanente. Par accident, on entend toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

20.2.2 Revalorisation des capitaux post-mortem

En cas de décès de l'assuré, le capital garanti / l'allocation obsèques est revalorisé à compter de la date de décès de l'assuré et jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au paiement du capital ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des Dépôts et Consignations. Cette revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le capital / l'allocation obsèques produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;

- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

20.2.3 Contrats en déshérence et transfert à la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC)

Les sommes dues au titre du contrat qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de la prise de connaissance par AESIO Mutuelle du décès de l'assuré ou de l'échéance du contrat. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour la Mutuelle, à l'exception des obligations en matière de conservation d'informations et de documents.

Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt.

21. CONTRÔLE MÉDICAL

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations.

Préalablement au contrôle, le bénéficiaire est prévenu des modalités des examens demandés par la Mutuelle. Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

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

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

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

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

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

22. TIERS-PAYANT

La Mutuelle met en œuvre le tiers payant généralisé. Les Membres participants et leurs ayants droit peuvent ainsi en bénéficier auprès des professionnels de santé pratiquant le tiers payant sur la part complémentaire, pour les dépenses engagées relatives à tous les actes et prestations de santé visés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale prévus

par leurs garanties à hauteur du tarif de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les équipements optiques et auditifs appartenant au panier de soins 100% santé ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation pour les actes appartenant au panier de soins 100% santé. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins. La Mutuelle a signé, directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, des conventions de tiers-payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé afin d'assurer directement, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par le Membre Participant et ses ayants droit.

L'adhésion à la Mutuelle entraîne, ipso facto, procuration générale et permanente donnée à celle-ci pour encaisser, aux lieux et place du Membre Participant, les prestations dues à celui-ci par la caisse primaire de Sécurité Sociale ou par l'organisme de gestion du régime spécial auquel il est affilié.

Le Membre Participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte. A défaut, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

23. GARANTIES EN INCLUSION

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

Les garanties en inclusion figurent au tableau de garanties.

24. SERVICES SUPPLEMENTAIRES

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

25. PLURALITÉ DE COUVERTURES

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Membre Participant ou de l'ayant droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

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

Le Membre Participant ou l'ayant droit recevant de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si le bénéficiaire est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, la Mutuelle ne prend à sa charge que

les frais non couverts par la police dans la limite de ses tarifs de responsabilité et des clauses de ses Statuts.

26. ENGAGEMENT DE L'ADHÉRENT EN CAS DE DÉCLARATION D'ACCIDENT OU DE PLURALITÉ D'ASSURANCE

26.1 Obligation de déclaration d'accident

Le Membre Participant ou l'ayant droit s'engage à informer la Mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers.

La Mutuelle est subrogée de plein droit aux Membres Participants et/ou ayants droit victimes d'un accident, dans leur action contre le tiers responsable, que la responsabilité de ce dernier soit entière ou partagée, dans la limite des dépenses qu'elle a supportées et à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et aux préjudices esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

26.2 Obligation de déclaration en cas de pluralité d'assurance

Le Membre Participant ou l'ayant droit s'engage à informer la Mutuelle, lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celles objet des présentes Conditions Générales, pour la mise en application des dispositions relatives à la pluralité d'assurances.

27. PRESCRIPTION

En application de l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à dix ans pour le risque décès lorsque le bénéficiaire en cas de décès est l'ayant droit du Membre Participant décédé.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance, ainsi qu'en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (notamment reconnaissance d'un droit par le bénéficiaire ou par la Mutuelle ; demande en justice, même en référé ; mesure conservatoire ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation du risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'organisme assureur au souscripteur ou au Membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le Membre participant à

l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

28. EXCLUSIONS EN MATIÈRE DE GARANTIE DÉCÈS

Sont exclus des garanties, les décès résultant de l'un des événements suivants :

- Les faits résultant directement ou indirectement de guerres civiles ou étrangères,
- Les faits de guerre étrangère, lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- Le meurtre de l'assuré par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale,
- Les émeutes, insurrections, actes de terrorisme ou sabotage, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,
- Les affectations graves ou maladies de longue durée dont la première constatation médicale est antérieure à l'adhésion pour les contrats à adhésion facultative (pas de reprise des risques en cours),
- La manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite,
- Les accidents, blessures ou maladies survenus du fait volontaire de l'assuré (tentative de suicide, participation volontaire à des émeutes, insurrections et mouvements populaires),
- Les crimes, rixes... sauf dans les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement de l'activité professionnelle déclarée,
- La pratique de sports aériens, automobiles ou motocyclistes ou motonautiques à titre professionnel ou amateur et de tout autre sport à titre professionnel,
- L'état d'ivresse ou le délire alcoolique, l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement,
- Tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation,
- Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que les effets de la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules,
- Les démonstrations, raids, acrobaties, compétitions et tentatives de records, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- Les vols sur appareils non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- Les actes effectués sous l'emprise de l'ivresse, si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la route, ou sous l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrits médicalement.

29. EXCLUSION DES GARANTIES FACULTATIVES

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

utilisant leur carte de droit sans s'être acquittés de leurs obligations.

L'exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration conformément aux dispositions des statuts.

Le Membre participant ou l'ayant droit exclu définitivement ne peut en aucun cas être réintégré sur les garanties facultatives.

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

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

30. FAUSSE DÉCLARATION

Conformément à l'article L221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre Participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre Participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

Lorsque l'adhésion à la Mutuelle ou à l'union résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou dans un accord professionnel ou interprofessionnel, les deux précédents alinéas ne s'appliquent pas.

31. RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

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

Toute réclamation peut être formulée oralement :

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

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

La réclamation peut aussi être directement formulée par écrit :

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

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

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

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

Il peut être saisi :

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

Le Médiateur ne peut intervenir que :

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

32. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX

Conformément aux dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle est fondée, dans le cadre du respect de son obligation de vigilance et de contrôle, à demander à la personne morale souscriptrice toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'établissement du contrat collectif ou à sa modification.

33. FONDS D'ACTION SOCIALE

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

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES ex-Apréva VALANT NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE
Garanties frais de soins de santé et/ou décès

TITRE 1

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. OBJET

Les dispositions des présentes conditions déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties « frais de soins de santé » et « décès », dans un cadre collectif à adhésion facultative au sens de l'article L. 221-2 III-1° du Code de la mutualité, au profit des Membres de la personne morale souscriptrice. Elles sont complétées par des conditions particulières, dont les dispositions prévalent, en cas de contradiction, sur celles du présent régime.

La personne morale souscriptrice peut, à tout moment, demander la transmission de ces documents sur support papier en adressant une demande à cet effet à la Mutuelle.

2. COMPOSITION DU GROUPE ASSURÉ

La composition du ou des groupes assurés est définie aux conditions particulières.

Toute personne physique adhérent ou ayant été affiliée au contrat devient Membre participant d'Aésio mutuelle.

3. EFFET – DURÉE – RENOUELEMENT DU CONTRAT – OBLIGATIONS DE LA PERSONNE MORALE SOUSCRIPTRICE

3.1 Effet – Durée – Renouvellement du contrat

Le contrat prend effet à la date fixée aux conditions particulières dûment signées par la personne morale souscriptrice.

Il est souscrit pour la période comprise entre la date de prise d'effet du contrat et le 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite, au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction.

3.2 Obligations de la personne morale souscriptrice

La personne morale souscriptrice s'engage à faire adhérer au contrat tous les assurés présents ou futurs appartenant à la catégorie de bénéficiaires définie aux conditions particulières.

Les assurés qui adhèrent au contrat acquièrent la qualité de « Membre participant » de la Mutuelle.

Les formalités d'adhésion sont précisées ci-dessous.

La personne morale souscriptrice s'engage :

Lors de la souscription, à faire parvenir à la Mutuelle :

- Les bulletins d'affiliation, complétés et signés, par chaque Membre participant accompagné des justificatifs nécessaires.

En cours de contrat à transmettre à la Mutuelle :

- Les bulletins d'affiliation, complétés et signés, des nouveaux Membres participants accompagnés des justificatifs nécessaires dans les plus brefs délais et au plus tard dans les trente jours suivants l'entrée dans la catégorie de bénéficiaires.

L'adhésion du Membre participant (et le cas échéant de ses ayants droit inscrits au bulletin) prend effet soit le 1^{er} jour du mois de son entrée dans la catégorie de bénéficiaires, soit au lendemain de la date de résiliation auprès de l'ancien assureur (hors souscription d'options).

- Les bulletins modificatifs pour tout changement de situation conformément à l'article 9 des présentes.

4. MODIFICATION – RÉSILIATION DU CONTRAT – FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE OU DE DÉMARCHAGE

4.1 Modification du contrat ou du niveau de garantie

a. Par la personne morale souscriptrice

Toute modification du contrat doit faire l'objet d'un avenant signé par la Mutuelle et par la personne morale souscriptrice.

Celle-ci s'engage à remettre aux Membres participants une notice comportant les modifications apportées au contrat.

Toutefois les modifications proposées visant à mettre en conformité le contrat avec les règles du cahier des charges des contrats responsables sont réputées acceptées à défaut d'opposition par écrit de la personne morale souscriptrice dans un délai de 30 jours à compter de la notification.

Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration de ce délai de 30 jours.

b. Par le Membre participant

Sauf dispositions prévues aux conditions particulières et sous réserve de justifier de 12 mois de couverture sur le même niveau de garanties, le Membre participant peut demander à changer de niveau de couverture souscrite en faisant part de sa demande à la mutuelle au moins 3 mois avant le 31 décembre. Ce changement prendra effet le 1^{er} janvier de l'année qui suit.

Dérogation

Toutefois, cette condition n'est pas requise lors du changement de situation familiale (mariage, PACS, concubinage, naissance ou adoption, décès d'un bénéficiaire, divorce...), ou encore lors d'un changement de situation professionnelle (embauche, licenciement, changement de statut...).

Le changement prendra alors effet le premier jour du trimestre suivant la demande.

4.2 Résiliation du contrat par la personne morale souscriptrice ou la mutuelle

4.2.1 Résiliation à l'initiative de la personne morale souscriptrice

○ Résiliation à l'échéance :

La personne morale souscriptrice a chaque année la faculté de résilier le contrat par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux (2) mois avant la date d'échéance (le 31 octobre au plus tard). La résiliation prend effet à l'échéance annuelle, soit au 31 décembre.

○ Résiliation infra-annuelle :

La personne morale souscriptrice peut résilier son contrat en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garanties souscrit.

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

Le Membre participant peut demander à la Mutuelle de devenir Membre participant à titre individuel.

4.2.2 Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

Le contrat peut être résilié par la Mutuelle en cas de non-paiement des cotisations par la personne morale souscriptrice dans les conditions de l'article 13 des présentes.

4.3 Résiliation à l'initiative du Membre participant

○ Résiliation à l'échéance

L'adhésion aux garanties facultatives prend fin en cas de demande de résiliation par le Membre participant, signifiée à la Mutuelle par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux (2) mois avant la fin de l'année civile. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle, soit au 31 décembre. Aucune démission ne peut être acceptée en cours d'année.

Exceptions :

o Résiliation infra-annuelle

Le Membre participant peut résilier son adhésion en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garanties souscrit. La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande de résiliation.

Par ailleurs, le contrat peut être résilié :

- En cas de modification des droits et obligations des Membres participants, ces derniers peuvent demander la résiliation de leur adhésion par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L221-10-3 du Code de la mutualité dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information comportant les modifications. Cette demande de résiliation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties ;
- Lorsque le Membre participant apporte la preuve qu'un accord d'entreprise ou qu'une convention collective impose son affiliation obligatoire à un autre organisme ;
- En cas de mariage, concubinage ou PACS de deux adhérents à condition qu'ils soient tous deux repris dans le contrat ;

Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit l'événement lorsque la demande écrite justifiant des événements listés ci-dessus et transmise à la Mutuelle dans les trois mois qui suivent l'événement. A défaut, la résiliation ne pourra être effective qu'au premier mois du jour qui suit la date de réception la demande et les cotisations échues depuis la date de l'événement resteront acquises à la Mutuelle.

- En cas de décès du Membre participant.

4.4 Résiliation des ayants droit

Principe

L'adhésion facultative des ayants droit prend fin en cas de demande de résiliation par le Membre participant, signifiée à la Mutuelle par lettre, tout autre support durable au moins deux (2) mois avant la fin de l'année civile. La radiation prend effet à l'échéance annuelle, soit au 31 décembre.

Aucune demande de résiliation ne peut être acceptée en cours d'année.

Dérogations

- En cas de changement de situation familiale (jugement définitif de divorce, rupture du PACS ou du concubinage, décès d'un ayant droit) ;
- En cas de déchéance de l'autorité parentale ou émancipation d'un enfant (copie du jugement) ;
- En cas de changement de situation professionnelle du conjoint, ou du partenaire de PACS, ou du concubin ou d'un ayant droit enfant entraînant l'adhésion à un régime santé collectif obligatoire (attestation à fournir) ;

La résiliation devient effective au premier jour du mois qui suit l'événement lorsque la Mutuelle reçoit la demande écrite justifiant des événements listés ci-dessus dans les trois mois suivant la date de l'événement.

A défaut, la résiliation ne pourra être effective qu'au premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande et les

cotisations échues depuis la date de l'événement resteront acquises à la Mutuelle.

4.5. Faculté de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage

Conformément aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité, dans l'hypothèse où le contrat entre le Membre participant et la Mutuelle a été conclu à distance ou a fait l'objet d'un démarchage à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qu'il y a adhéré à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, ce dernier a la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus.

Ce délai court :

En matière de vente à distance :

- soit à compter du jour où l'adhésion du Membre participant a pris effet ;
- soit à compter du jour où le Membre participant reçoit les documents contractuels (bulletin d'affiliation, statuts, règlements ou fiche d'informations) si cette date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

En matière de démarchage :

- à compter du jour de la signature du bulletin d'affiliation.

Pour ce faire, il suffit à l'adhérent d'envoyer au siège social de la mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception ou procéder à un envoi recommandé électronique.

Lorsque le Membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il doit en informer la Mutuelle par écrit. Il peut utiliser à cet effet le modèle de lettre ci-après et le renvoyer dûment complété et signé par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle :

« *Je soussigné(e)*

Nom : Prénom :
..... Adresse complète du Membre participant : déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité de renoncer à mon adhésion au contrat complémentaire santé n°..... et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles. À le/...../.....
Signature du Membre participant. »

5. ÉLECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution du présent contrat, la personne morale doit faire obligatoirement élection de domicile en France.

Si la personne morale a son siège social en dehors du territoire de la France métropolitaine, l'établissement auquel le contrat se rapporte doit être situé en France et elle doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution du contrat notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

6. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), la personne morale souscriptrice reconnaît avoir été informée par la Mutuelle, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que les données à caractère personnel du Membre participant et le

cas échéant de ses ayants droit peuvent être collectées et traitées au titre de :

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

La personne morale souscriptrice reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel du Membre participant et de ses ayants droit sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

Les destinataires des données du Membre participant et de ses ayants droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de la Mutuelle ainsi que ses tiers autorisés, et notamment ses délégués de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités et la personne morale souscriptrice. La liste des tiers autorisés est disponible sur le site internet de la Mutuelle via la Charte de protection des données.

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

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

La Mutuelle est susceptible de traiter des données personnelles collectées par la personne morale souscriptrice. La Mutuelle est également susceptible de traiter des données personnelles de santé collectées indirectement par les professionnels de santé et transmises par les régimes obligatoires.

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

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

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), les Membres participants et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès aux données personnelles les concernant, d'un droit à la portabilité de ces données, d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement, ainsi que d'un droit à la détermination du sort post-mortem de ces données. Les Membres participants et leurs ayants droit disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite.

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

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

La demande peut être exercée :

- par courrier papier à l'adresse suivante : AÉSIO MUTUELLE, Délégué à la Protection des Données, 25 Place de la Madeleine, 75008 Paris
- par mail à l'adresse suivante : aesio.dpo@aesio.fr

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

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

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

7. AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACP-R), située 4 Place de Budapest – CS92459 – 75436 PARIS CEDEX 9.

TITRE 2 ADHÉSION

8. DEMANDE D'ADHÉSION

Chaque assuré doit remplir et signer un bulletin d'affiliation. Ce document, contresigné par le souscripteur, devra indiquer notamment les noms, prénoms, domicile, date et lieu de naissance, situation de famille ainsi que la catégorie professionnelle du Membre participant lui-même ainsi que de ses ayants droit.

Le Membre participant fait connaître sa situation ainsi que celle de ses ayants droit au regard de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Toute modification sera signalée à la Mutuelle.

La Mutuelle pourra, lorsque le paiement des prestations y est conditionné, exiger du Membre participant ou de ses ayants droit la fourniture de la carte VITALE ou de son attestation. Cette utilisation sera faite conformément aux dispositions légales et aux recommandations de la Commission Nationale

Informatique et Libertés.

L'adhésion de tout Membre participant ou ayant droit ne pouvant justifier de son appartenance à un régime légal d'assurances maladie français est nulle.

9. OBLIGATIONS DÉCLARATIVES

Les modifications intervenues dans la situation des Membres participant adhérent au contrat collectif facultatif doivent être signalées à la Mutuelle, à la diligence et sous la responsabilité de la personne morale souscriptrice dans un délai de trente et un jours à compter de leur survenance.

Les Membres participants s'engagent de leur côté à faire connaître à la Mutuelle, dans le mois qui suit l'événement, toutes les modifications survenant dans leur situation de famille ou celle de leurs ayant droit, notamment en cas de mariage (copie du livret de famille), concubinage (certificat de vie commune), PACS (copie du contrat), naissance (copie du livret de famille), changement d'adresse (quittance EDF, eau ou de téléphone), changement de banque (R.I.B.).

10. INFORMATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

Le souscripteur est tenu :

- De remettre à chacun des Membres participants une notice d'information rédigée par la Mutuelle qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.
- D'informer par écrit les Membres participants des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations.

TITRE 3 COTISATIONS

11. ASSIETTE ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Le Conseil d'Administration ou, sur délégation, son Président ou le Dirigeant de la Mutuelle établit les cotisations sur la base, notamment :

- du montant en vigueur des prestations de la Sécurité sociale,
- des données démographiques communiquées par la personne morale souscriptrice.

Les cotisations sont fixées aux conditions particulières.

Elles pourront être modifiées le 1^{er} janvier de chaque année en fonction notamment des résultats techniques enregistrés, de l'accroissement de la consommation médicale (indice de la «consommation médicale totale» publié par le Ministère de la santé), de l'augmentation connue ou prévisible du prix des actes médicaux et du montant des frais donnant lieu à indemnisation, des frais de fonctionnement de la Mutuelle, de la marge financière nécessaire au besoin de fonds propres de la Mutuelle, et des cotisations spécifiques destinées à des organismes supérieurs (Unions et Fédération Nationale de la Mutualité Française) ou techniques dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les Statuts et Règlements de ces organismes.

Néanmoins les cotisations peuvent être aménagées en cours d'année notamment dans les cas suivants :

- si des modifications profondes législatives et fiscales entraînaient une augmentation importante des prestations et charges de nature à modifier l'économie du contrat,

- si des données inexactes déclarées par la personne morale modifiaient substantiellement la tarification.

12. PAIEMENT DES COTISATIONS

La personne morale souscriptrice s'engage pour une période annuelle. A ce titre, la cotisation peut être payée annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement. Les cotisations sont payables à la date indiquée aux Conditions Particulières.

La Mutuelle procède à l'appel et à l'encaissement des cotisations aux échéances définies dans les Conditions Particulières.

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

13. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

13.1 Non-paiement des cotisations lorsque la personne morale souscriptrice en assure le précompte (article L. 221-8 I du Code de la mutualité)

Lorsque la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle est en droit de mettre la personne morale en demeure de payer. Si aucun paiement n'est intervenu à l'expiration du délai de 30 jours suivant cette mise en demeure, alors la Mutuelle est fondée à suspendre la garantie.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à la personne morale, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le Membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat, sauf s'il entreprend de se substituer à elle pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de mettre fin au contrat dix jours après le délai de trente jours précité.

Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle peut appliquer des majorations de retard dans les conditions fixées par les Statuts.

13.2 Non-paiement des cotisations lorsque la personne morale souscriptrice n'en assure pas le précompte (article L. 221-8 II du Code de la mutualité)

Lorsque la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, le Membre Participant encoure l'exclusion du groupe. La Mutuelle est en droit de le mettre en

demeure de payer. Si aucun paiement n'est intervenu à expiration du délai de quarante (40) jours suivant cette mise en demeure, alors la Mutuelle est fondée à prononcer l'exclusion du Membre Participant.

Lors de la mise en demeure, le Membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au contrat.

TITRE 4 PRESTATIONS

A / RISQUES COUVERTS

14. DÉFINITION DES PRESTATIONS

14.1 En matière de frais de soins de santé

Ces garanties ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au Membre Participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale au titre des prestations en nature de l'Assurance Maladie.

Les prestations sont calculées sur la base du remboursement des régimes d'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur s'il existe ou sur des montants forfaitaires, indiqués aux Conditions Particulières.

Elles ne peuvent excéder, sauf prestations forfaitaires, le montant des frais restant à la charge du Membre Participant ou de ses ayants droit.

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

Sauf cas particulier mentionné aux Conditions Particulières, l'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu au remboursement des soins de la part de la Mutuelle.

Ces prestations sont précisées aux Conditions Particulières du contrat et sont définies ci-après.

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

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

14.1.1 Contrats responsables et panier de soins minimal

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires a adapté le cahier des charges des contrats responsables pour la mise en œuvre de la réforme « 100% santé » telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Ces évolutions prendront effet respectivement :

- à compter du 1^{er} janvier 2020 pour les nouvelles dispositions relatives à l'optique et au dentaire ;
- à compter du 1^{er} janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives.

Le présent contrat s'inscrit dans le dispositif des contrats « responsables » conformément aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et du Décret du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés (panier de soins minimal).

Conformément à ces dispositions :

Le contrat prend obligatoirement en charge :

- Sur l'ensemble des postes de garantie, le Ticket Modérateur de l'ensemble des actes remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire **à l'exception toutefois des cures thermales, des médicaments remboursés à 15%, des médicaments remboursés à 30% et de l'homéopathie.**
- la prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour les séances d'accompagnement psychologique, dans la limite de 8 séances par an.
- Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers sans limitation de durée.
- L'intégralité du forfait patient urgence.
- Si le contrat prévoit leur prise en charge, les dépassements d'honoraires sont pris en charge de façon différenciée selon que les médecins aient opté, ou non, à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention médicale en vigueur.
Pour les médecins n'ayant pas opté pour un tel dispositif, la prise en charge des dépassements tarifaires est plafonnée et soumise à une double limite à savoir : 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, tout en respectant un écart à la prise en charge du contrat d'au moins 20 % entre les médecins ayant opté pour un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée et ceux qui n'auraient pas opté.
- La prise en charge à hauteur d'au moins 125% des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento faciale.

• Pour les équipements en optique : le contrat responsable distingue entre deux classes d'équipements optiques :

- La prise en charge des équipements de Classe A (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la Liste des Produits et Prestations après l'intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels,
- La prise en charge des équipements de Classe B « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, **la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale. Le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.**

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

• Pour les équipements auditifs : le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives :

- La prise des équipements de Classe I (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la Liste des Produits et Prestations au-delà de la prise en charge

par l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels,

- La prise des équipements de Classe II (« à tarifs libres ») à hauteur du ticket modérateur. **Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale. Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de 4 ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la Liste des Produits et Prestations. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.**

• **Pour les remboursements en dentaire : le contrat responsable distingue trois paniers de soins :**

- La prise en charge des actes appartenant au panier « 100% Santé » (« reste à charge zéro ») au-delà de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire à hauteur de 100% des frais réels engagés,
- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins à « reste à charge maîtrisé » à hauteur du ticket modérateur,
- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur.

Le contrat ne prend pas en charge :

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

En cas de changement des dispositions législatives ou réglementaires relatives au « cahier des charges du contrat responsable », dont le respect conditionne le droit à la participation financière de l'employeur, ces changements seront considérés comme immédiatement applicables, en attente de régularisation des clauses des Conditions Particulières.

14.1.2 Prestations supplémentaires Frais de Soins de Santé

La Mutuelle propose, en sus des prestations énumérées ci-dessus **dans la limite des dépenses engagées**, de faire bénéficier ses Membres Participants et leurs ayants droit de prestations supplémentaires en fonction des garanties souscrites et dans les conditions suivantes.

Les plafonds de remboursement peuvent être exprimés par rapport à la base de remboursement du Régime Obligatoire ou en montants forfaitaires.

- Orthodontie

Si la date de début des soins est antérieure à la date d'adhésion ou de radiation, la Mutuelle rembourse le traitement pour une durée maximale de 6 mois au prorata de la période de cotisations réglées.

- Cure thermale

Un montant forfaitaire est accordé pour couvrir tout ou partie des soins dispensés pendant la cure, des honoraires, du forfait thermal, des frais d'hébergement et de transport exposés pour la cure.

AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391
Siège social : 4 rue du Général Foy 75008 PARIS

- Prothèses auditives

La Mutuelle accorde un forfait sous réserve de la prise en charge du Régime Obligatoire. La garantie prévoit le remboursement des piles et entretien de l'appareil auditif.

- Frais d'accompagnant

La Mutuelle peut verser un forfait couvrant les frais de repas et/ou d'hébergement en milieu hospitalier ou en hébergement extérieur du service (maison de parents, foyer d'accueil ou hôtel hospitalier) de la personne accompagnante. Le remboursement s'effectue dans la limite d'un montant forfaitaire par journée d'hospitalisation.

- Prime naissance

Sur justificatif (photocopie du livret de famille), une prime peut être attribuée au Membre Participant dans le cadre d'une naissance ou d'une adoption d'un enfant de moins de 12 ans. **Le paiement de la prime est subordonné, à la condition que l'enfant soit né vivant et viable et à son inscription en tant qu'ayant droit dans les trois (3) mois de sa naissance ou de son adoption.**

- Pack bien-être :

• Vaccin anti grippe et les autres vaccins sans prise en charge par le Régime Obligatoire.

• Dermatologue

La Mutuelle peut rembourser les actes hors nomenclature pratiqués ou prescrits par un dermatologue.

• Diététicien

La Mutuelle peut verser un forfait pour un suivi diététique et un bilan nutritionnel effectués auprès d'un(e) diététicien(ne) titulaire du diplôme d'Etat français mentionné à l'article L.4371-3 du Code de la santé publique ou de l'autorisation prévue aux articles L.4371-4 et L.4371.6 du même Code.

• Sevrage tabagique

La Mutuelle peut rembourser à hauteur d'un forfait les traitements par substituts nicotiques sans prise en charge par le Régime Obligatoire figurant dans la liste ci-après : les patches, les médicaments, les gommages à mâcher et les inhalateurs délivrés en pharmacie.

• Contraceptifs sans prise en charge par le Régime Obligatoire

La Mutuelle peut rembourser à hauteur d'un forfait les contraceptifs sans prise en charge par le Régime Obligatoire figurant dans la liste ci-après : les pilules de troisième génération, les préservatifs, les capes cervicales, l'anneau contraceptif, les patches, les spermicides (crème, gel, mousse).

• Amniocentèse sans prise en charge par le Régime Obligatoire

La Mutuelle peut verser un forfait pour permettre à la future maman d'accéder à l'examen d'amniocentèse lorsqu'il n'est pas pris en charge par le Régime Obligatoire.

• Thalassothérapie jeune maman

La Mutuelle peut verser un forfait pour la thalassothérapie jeune maman, à condition que celle-ci soit effectuée dans les douze mois qui suivent la naissance de l'enfant et que celui-ci soit inscrit comme ayant droit du contrat. Le forfait est attribué une seule fois par accouchement. Le remboursement des prestations thalassothérapie n'est pas cumulable avec la prestation cure thermale. Pour être prise en charge, la thalassothérapie doit être effectuée en France Métropolitaine.

• Ostéodensitométrie osseuse

La Mutuelle peut prendre en charge les actes d'ostéodensitométrie osseuse sans prise en charge par le Régime Obligatoire à hauteur d'un forfait.

• **Pédicure - Podologue**

La Mutuelle peut verser une somme forfaitaire pour les actes de soins des pieds, de la peau et des ongles relevant du domaine médical, dispensés par le pédicure. Sont également pris en charge les traitements ou soins dispensés par un podologue ou un podothérapeute.

• **Ostéopathie**

La Mutuelle peut verser un forfait pour les séances d'ostéopathie. Pour bénéficier d'une prise en charge de la Mutuelle, il faut que les séances d'ostéopathie soient effectuées par un ostéopathe titulaire d'une formation ou d'un diplôme d'ostéopathie ou d'une autorisation d'exercice, conformément à l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

• **Médecines douces**

La Mutuelle peut verser un forfait, par an et par Membre Participant et ayant droit, pour des consultations ou des séances pratiquées par un professionnel de santé dont les spécialités sont listées dans le tableau des garanties de la garantie souscrite.

• **Pratique d'un sport en club sportif**

La Mutuelle verse un forfait par an et par Membre Participant et ayant droit pour la prise en charge d'une partie de la cotisation relative à la pratique d'un sport.

Sont exclus les sports reconnus comme extrêmes ou réputés dangereux, visés ci-dessous :

- **Sports de glisse : airboard, freebord, kite surf, snowboard, speedriding, surf, streetluge, longskate, le ski extrême, l'alpinisme,**

- **Sports mécaniques : quad, roller derby, stunt, FMX, moto cross, karting,**

- **Sports à sensations : apnée, base jump, chute libre, saut à l'élastique, skysurf, urban climbing, cascade de glace, plongeon, rafting, dry tooling, escalade, parapente, échasses urbaines, deltaplane, voltige, cyclisme de descente, surf, spéléologie, parachutisme, montgolfière, vol à voile, ULM.**

- **Sports de loisirs : pêche, chasse.**

• **Prévention soleil**

La Mutuelle peut verser un forfait par enfant de moins de 16 ans pour la crème solaire affichant un indice de protection égal ou supérieur à 30.

• **Patchs anti douleur**

La Mutuelle peut verser un forfait par enfant de moins de 16 ans, pour les patchs anti douleur.

14.1.3 Limites de remboursements

En optique

- **Les verres solaires ou teintés sont exclus de toute garantie, sauf sur prescription médicale.**

- **Pour le poste lentilles, les produits et accessoires ne sont pas pris en charge dans le forfait.**

En dentaire

Sont exclues de tous remboursements les prothèses dites « provisoires » et hors nomenclature.

Et plus généralement, sous réserve du respect des obligations de prise en charge prévues à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, sont exclus de toute prise en charge :

AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391
Siège social : 4 rue du Général Foy 75008 PARIS

- **Les frais de traitement esthétiques ou de cosmétologie, lorsque non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire**
- **Les cures, traitements et opérations de rajeunissement et d'amaigrissement, lorsque non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire**
- **Les frais de chirurgie esthétique**
- **Les frais d'hébergement :**
 - o **En établissement gériatrique ou de long séjour,**
 - o **Pour les séjours en ateliers thérapeutiques,**
 - o **En centre de rééducation professionnel et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psycho pédagogique et professionnels ;**
 - o **Pour les séjours en section de cures médicales**
- **Sauf indication contraire prévue au tableau des garanties, sont également exclus les frais de séjour (y compris la prise en charge des forfaits journaliers) en maison d'accueil spécialisée (MAS).**

14.2 En matière de décès

14.2.1 Garantie de base : en cas de décès

Si prévu au contrat, la Mutuelle garantit le versement, en cas de décès du Membre Participant survenant au cours de la période de garantie et, selon la garantie souscrite, de ses ayants droit, d'un capital dont le montant est précisé au contrat au profit d'un ou plusieurs bénéficiaires.

14.2.2 Garantie assimilée : en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

La Mutuelle garantit, en cas de reconnaissance d'une perte totale et irréversible d'autonomie survenant au cours de la période de garantie constatée dans les conditions ci-après, le versement par anticipation du capital décès.

Dans cette hypothèse, la Mutuelle est libérée de toute obligation lors du décès ultérieur de l'assuré.

D'une manière générale, sont considérés comme étant en état de perte totale et irréversible d'autonomie les invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession pouvant leur procurer gain ou profit, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

En pratique, seront seulement réputés en état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'une part, l'assuré classé par la Commission de Réforme dans la 3ème catégorie d'invalides visée par l'article 6 du décret n°60-58 du 11 janvier 1960 et, d'autre part, l'assuré classé par la Sécurité sociale dans la 3ème catégorie d'invalides visée par l'article L.341-4, 3° du Code de la Sécurité sociale.

Sera aussi assimilée à l'état de perte totale et irréversible d'autonomie l'incapacité permanente totale avec attribution par la Sécurité sociale d'une majoration de la rente au titre de l'assistance d'une tierce personne résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, par application de l'article L.434-2 alinéa 3 du Code de la Sécurité sociale.

B / BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

Les garanties du contrat sont ouvertes aux Membres de la personne morale souscriptrice telles que définies aux Conditions Particulières.

15. LE MEMBRE PARTICIPANT ET LES AYANTS DROIT

Les bénéficiaires des garanties frais de santé et les personnes assurées au titre de la garantie décès sont, selon les garanties souscrites et sous réserve de dérogations spécifiques prévues aux Conditions Particulières, le Membre Participant et le cas échéant son ou ses ayants droit tels que définis ci-après :

Les ayants droit des Membres participants pouvant bénéficier des prestations de la Mutuelle sont définis comme toute personne rattachée à un Membre participant à l'un des titres suivants :

- Conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité.

Le conjoint est l'époux ou épouse du Membre participant, non divorcé et non séparé de corps judiciairement, exerçant ou non une activité professionnelle. Par concubinage on entend « l'union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ». Le partenaire est la personne liée au Membre participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), exerçant ou non une activité professionnelle. Le PACS est un contrat conclu entre deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515 -1 du code civil).

- Enfant(s) à charge.

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants légitimes, naturels, reconnus adoptifs ou recueillis du Membre participant, de son conjoint, à défaut de son partenaire ou concubin, sous réserve qu'ils :

- Bénéficiaire de prestations d'un contrat obligatoire d'assurance maladie sous le numéro d'immatriculation du Membre participant, de son conjoint, partenaire ou concubin dès lors qu'il est lui-même ayant droit,
- Soient âgés de moins de 28 ans et poursuivent leurs études (sous présentation d'un certificat de scolarité ou d'une carte d'étudiant),
- Soient âgés de moins de 25 ans et poursuivent une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou de professionnalisation) ou si leur revenu mensuel brut est inférieur à 75% du SMIC,

Quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

16. BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS DÉCÈS

16.1 Bénéficiaire des garanties en cas de décès

Le(s) Bénéficiaire(s) du capital / prestation dû par la Mutuelle lors du décès de l'assuré et/ou de ses ayants droit sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle de leur part, dans le certificat de désignation du bénéficiaire fourni par la Mutuelle et retourné à cette dernière ou dans un avenant signé par les parties ou dans un acte sous seing privé ou authentique postérieur porté à la connaissance de la Mutuelle.

Clause standard

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés par l'assuré, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- Au conjoint de l'assuré survivant non divorcé, à défaut au partenaire lié par un Pacs, à défaut au concubin

notoire, la qualité de ces personnes étant appréciée au moment du décès,

- A défaut, aux enfants nés ou à naître de l'assuré, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- A défaut, aux héritiers de l'assuré, en application des règles de la dévolution successorale légale.

Clause particulière

L'assuré a la possibilité de désigner librement le(s) bénéficiaire(s) par la rédaction d'une clause bénéficiaire particulière qui devra être portée à la connaissance de la Mutuelle. En cas de désignation nominative, les informations suivantes doivent être renseignées :

- le nom de naissance et le nom d'usage, le(s) prénom(s), la date et le lieu de naissance (commune, département, pays), l'adresse complète (numéro, voie, pays, commune, département) et la qualité (pleine propriété, nue-propriété, usufruit) de chacun des bénéficiaires personne physique ;
- le nom ou la raison sociale et l'identifiant SIREN ou RNA de chacun des bénéficiaires personne morale ;
- la répartition des capitaux décès.

Cette désignation est impérativement suivie de la mention « à défaut à mes héritiers ».

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

L'attention de l'adhérent est spécialement attirée sur l'importance attachée à la rédaction de la clause bénéficiaire, et en particulier à la complétude des informations relatives à l'identité des bénéficiaires, ainsi qu'à l'opportunité de prévoir un ou plusieurs bénéficiaire(s) subséquent(s).

La clause bénéficiaire peut être modifiée à tout moment par l'assuré afin de refléter au mieux sa situation personnelle. Toutefois, en cas d'acceptation de la désignation par le bénéficiaire, celle-ci devient irrévocable. Cette acceptation est faite soit par avenant signé de la Mutuelle, de l'assuré et du bénéficiaire, soit par acte authentique ou par acte sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire, et n'a alors d'effet à l'égard de Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

16.2 Bénéficiaire des garanties en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le bénéficiaire de la garantie est le Membre Participant.

16.3. Recherche des bénéficiaires

AESIO Mutuelle s'engage à respecter les dispositions réglementaires en matière d'identification des assurés décédés et de recherche des bénéficiaires telles que définies par la loi n°2014-617 du 13 juin 2014 (dite loi Eckert).

C / REGLEMENT DES PRESTATIONS

17. ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – DÉLAI D'ATTENTE

17.1 En matière de frais de soins de santé

L'effet des garanties est immédiat sauf pour les prestations suivantes pour lesquelles la Mutuelle applique des délais d'attente suivants :

- cure thermale et prime naissance : délai d'attente de 9 mois à compter de la date d'adhésion.

Les délais d'attente sont des périodes qui suivent l'adhésion ou le changement de garantie(s) ou de combinaison de garanties pendant lesquelles les soins pratiqués ne peuvent donner lieu à aucun paiement de prestation ou à un remboursement limité. Des délais d'attente ont précisés aux conditions particulières.

Des délais d'attente spécifiques sont appliqués aux garanties surcomplémentaires et sont fixés dans les conditions particulières.

17.2 En matière de décès - Faculté de renonciation

Sauf disposition contraire inscrite dans les conditions particulières du contrat, l'effet des garanties est immédiat.

Pour les opérations collectives à adhésions facultatives et pour la seule garantie décès, le Membre participant peut renoncer à son contrat dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet par lettre recommandée avec accusé de réception au siège social de la Mutuelle accompagnée, s'il y a lieu des documents contractuels qui lui ont été remis ou expédiés.

Dans ce cas l'intégralité des versements effectués lui sera remboursée sans les 30 jours suivants la date de réception de la lettre recommandée rédigée comme suit : « *Je déclare renoncer à la garantie décès souscrite ...et demande le remboursement deversés le .../.../... dans le délai de 30 jours prévu par la Loi. Date, nom, prénom, signature* ».

18. TERME DES GARANTIES

18.1 En matière de Frais de Soins de Santé

Les garanties cessent pour les Membres participants et le cas échéant pour leurs ayants droit :

- À la date d'effet de la résiliation du contrat par la personne morale souscriptrice ou par la Mutuelle,
- À la date du décès du Membre participant,
- À la date d'effet de la résiliation de l'adhésion par le Membre participant,

Au premier jour au premier jour du mois qui suit l'événement lorsque la Mutuelle reçoit la demande écrite de la Personne Morale Souscriptrice justifiant des événements listés ci-dessous dans les trente et un jours suivant la date de l'événement :

- Lorsque le Membre participant ne remplit plus les conditions d'appartenance à la catégorie bénéficiaire visée aux Conditions Particulières,
- Lorsque que les Conditions Particulières prévoit des garanties optionnelles à un contrat collectif obligatoire et que la garantie obligatoire prend fin,
- Pour la couverture d'un ayant droit, en cas de perte de cette qualité.

A défaut, la résiliation ne pourra être effective qu'au premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande et les cotisations échues depuis la date de l'événement resteront acquises à la Mutuelle

La radiation du Membre participant entraîne automatiquement celle des ayants droit.

18.2 En matière de décès

Les garanties cesseront immédiatement :

- A la date de résiliation de la garantie,
- En cas de rupture du contrat de travail,
- Lorsque le Membre Participant fait valoir son droit à la retraite.

Le décès et la reconnaissance d'une invalidité totale et permanente d'un Membre Participant ou d'un ayant droit, postérieurs à cette date n'ouvriront pas droit au versement des prestations.

19. VERSEMENT DES PRESTATIONS

19.1 En matière de Frais de Soins de Santé

Pour pouvoir bénéficier des prestations frais de soins de santé, le Membre Participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits doivent être ouverts.

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du Membre Participant ou du bénéficiaire. Par dérogation, le versement de la prime naissance s'effectue uniquement sur le compte bancaire du Membre Participant.

Le remboursement des dépenses de frais de soins de santé par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

La Mutuelle procédera au paiement des prestations dans le délai maximal de 10 jours ouvrés à compter de la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au paiement. Ce délai s'entend hors délais bancaires et éventuelles dispositions spécifiques prévues dans les conditions particulières.

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

19.1.1 Demandes de remboursement

Les prestations sont réglées uniquement sur présentation de l'original du décompte de la Sécurité Sociale, sauf dans le cadre d'échanges de données informatisées. Les photocopies ou duplicata ne sont pas acceptés, sauf prestations spécifiques stipulées ci-dessous.

Si le montant des dépenses engagées (dépassement d'honoraires, etc.) n'est pas indiqué sur le décompte de la Sécurité sociale, il convient de joindre soit la photocopie de la feuille de maladie, soit la note d'honoraires du praticien.

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'adhérent, sur demande de la Mutuelle, doit lui faire parvenir les documents originaux ou certifiés conformes en cas de remboursement préalable de tout ou partie du reste à charge par un autre organisme complémentaire tels qu'indiqués ci-dessous :

- Soins ambulatoires : facture détaillée acquittée
- Soins externes hospitaliers : facture acquittée délivrée par l'établissement hospitalier
- Soins dentaires : décompte du Régime Obligatoire et facture détaillée acquittée
- Prothèses dentaires : facture détaillée acquittée par prothèse et décompte du Régime Obligatoire
- Actes en série (soins infirmiers, orthophoniste...) : décompte du Régime Obligatoire
- Séjour : facture acquittée
- Honoraires : facture détaillée acquittée et décompte du Régime Obligatoire
- Lunettes et lentilles : facture détaillée acquittée et décompte du Régime Obligatoire
- Prothèses médicales et Orthèses : facture détaillée acquittée et décompte du Régime Obligatoire
- Cure thermale : décompte du Régime Obligatoire ou volet de cure acquitté en cas de tiers payant, factures d'hébergement et de transport (train, essence, attestation...)
- Pharmacie : facture nominative acquittée
- Orthodontie : facture détaillée précisant la date de début et de fin du semestre de soins

- Prothèses auditives : facture acquittée
 - Frais d'accompagnement : facture nominative et acquittée de l'établissement hospitalier ou, en cas d'hébergement à l'extérieur du service, facture acquittée d'une maison de parents, d'un foyer d'accueil ou hôtel hospitalier mentionnant le nom du Membre Participant ou ayant droit hospitalisé et bulletin de situation
 - Prestations non prises en charge par le Régime Obligatoire : prescription médicale et facture nominative acquittée par un professionnel de santé
 - Pratique d'un sport en club sportif : photocopie de la licence sportive ou carte annuelle de Membre d'un club de sport en cours de validité et justificatif de paiement
 - Prévention soleil : facture du pharmacien mentionnant les coordonnées de l'enfant, l'indice de protection de la crème et le montant TTC de la dépense engagée
 - Patches anti douleur : facture du pharmacien mentionnant les coordonnées de l'enfant et le montant TTC de la dépense engagée.
- Les documents fournis pour obtenir le versement des prestations sont conservés par la Mutuelle.

19.1.2 - Point de départ du délai de prescription

Les demandes de paiement de prestations doivent être produites dans les 24 mois.

Le point de départ de ce délai est fixé comme ci-après pour les prestations suivantes :

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

19.2- En matière de décès

19.2.1 Modalité de versement des prestations

Dès notification à la Mutuelle du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie, celle-ci enverra aux personnes concernées les formulaires nécessaires à la justification de la demande.

Le capital / les prestations garantis sont réglées au(x) bénéficiaire(s) dans un délai maximum d'un mois à compter de la réception par la Mutuelle de l'intégralité des pièces justificatives demandées. AESIO Mutuelle se réserve la possibilité de demander toutes autres pièces justificatives nécessaires au règlement du capital / des prestations.

En application de l'article L223-22-1 du Code de la mutualité, au-delà de ce délai, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

Les prestations garanties en cas d'invalidité totale et permanente ou de décès, seront versées au Membre Participant et/ou aux bénéficiaires sur production d'une demande de prestations accompagnée des pièces et justificatifs suivants :

- En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :
 - Une attestation de la Mutuelle précisant la date d'adhésion de l'assuré ainsi que la garantie souscrite,

- Un titre de pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie ou de rente d'accident du travail ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne, émis par de la Sécurité Sociale.

- En cas de décès :

Les capitaux sont versés à la demande du bénéficiaire sur production des pièces et justificatifs suivants :

- une attestation de la Mutuelle précisant la date d'adhésion de l'assuré ainsi que la garantie souscrite,
- un acte de décès,
- un certificat d'hérédité,
- un certificat médical indiquant si le décès relève d'une cause accidentelle, naturelle ou d'un suicide.

- En cas de décès par accident :

- Le procès-verbal de police ou de gendarmerie
- Les pièces justifiant des droits et de la qualité des bénéficiaires : identité, qualité et adresse,
- Un certificat de porte fort en cas de pluralité d'héritiers,
- La désignation de bénéficiaire complétée, datée et signée par l'assuré.

Il incombe aux bénéficiaires d'apporter la preuve de la relation directe entre l'accident et le décès ou l'invalidité totale et permanente. Par accident, on entend toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

19.2.2 Revalorisation des capitaux post-mortem

En cas de décès de l'assuré, le capital garanti / l'allocation obsèques est revalorisé à compter de la date de décès de l'assuré et jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au paiement du capital ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des Dépôts et Consignations. Cette revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le capital / l'allocation obsèques produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

19.2.3 Contrats en déshérence et transfert à la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC)

Les sommes dues au titre du contrat qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de la prise de connaissance par AESIO Mutuelle du décès de l'assuré ou de l'échéance du contrat. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour la Mutuelle, à l'exception des obligations en matière de conservation d'informations et de documents.

Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt.

20. CONTRÔLE MÉDICAL

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations.

Préalablement au contrôle, le bénéficiaire est prévenu des modalités des examens demandés par la Mutuelle. Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

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

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

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

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

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

21. TIERS-PAYANT

La Mutuelle met en œuvre le tiers payant généralisé. Les Membres participants et leurs ayants droit peuvent ainsi en bénéficier auprès des professionnels de santé pratiquant le tiers payant sur la part complémentaire, pour les dépenses engagées relatives à tous les actes et prestations de santé visés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale prévus par leurs garanties à hauteur du tarif de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les équipements optiques et auditifs appartenant au panier de soins 100% santé ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation pour les actes appartenant au panier de soins 100% santé. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.

La Mutuelle a signé, directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, des conventions de tiers- payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé afin d'assurer directement, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par le Membre Participant et ses ayants droit.

L'adhésion à la Mutuelle entraîne, ipso facto, procuration générale et permanente donnée à celle-ci pour encaisser, aux lieux et place du Membre Participant de ladite Mutuelle, les prestations dues à celle-ci par la caisse primaire de Sécurité Sociale ou par l'organisme de gestion du régime spécial auquel il est affilié.

Le Membre Participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour

son compte. A défaut, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

22 .GARANTIES EN INCLUSION

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

Les garanties en inclusion figurent au tableau de garanties.

23. SERVICES SUPPLEMENTAIRES

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

24. PLURALITÉ DE COUVERTURES

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Membre Participant ou de l'ayant droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

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

Le Membre Participant ou l'ayant droit recevant de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si le bénéficiaire est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, la Mutuelle ne prend à sa charge que les frais non couverts par la police dans la limite de ses tarifs de responsabilité et des clauses de ses Statuts.

25. ENGAGEMENT DE L'ADHÉRENT EN CAS DE DÉCLARATION D'ACCIDENT OU DE PLURALITÉ D'ASSURANCE

25.1 Obligation de déclaration d'accident

Le Membre Participant ou l'ayant droit s'engage à informer la Mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers.

La Mutuelle est subrogée de plein droit aux Membres Participants et/ou ayants droit victimes d'un accident, dans leur action contre le tiers responsable, que la responsabilité de ce dernier soit entière ou partagée, dans la limite des dépenses qu'elle a supportées et à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et aux préjudices esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part

d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

25.2 Obligation de déclaration en cas de pluralité d'assurance

Le Membre Participant ou l'ayant droit s'engage à informer la Mutuelle, lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celles objet des présentes Conditions Générales, pour la mise en application des dispositions relatives à la pluralité d'assurances.

26. PRESCRIPTION

En application de l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à dix ans pour le risque décès lorsque le bénéficiaire en cas de décès est l'ayant droit du Membre Participant décédé. Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance, ainsi qu'en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (notamment reconnaissance d'un droit par le bénéficiaire ou par la Mutuelle ; demande en justice, même en référé ; mesure conservatoire ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation du risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'organisme assureur au souscripteur ou au Membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le Membre participant à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

D / EXCLUSIONS

27. EXCLUSIONS EN MATIÈRE DE GARANTIE DÉCÈS

La Mutuelle ne prend pas en charge les risques suivants :

- le suicide volontaire et conscient de l'assuré au cours de la première année de l'adhésion (article L.223-9 du Code de la mutualité),
- le meurtre de l'assuré par le bénéficiaire,
- les faits de guerre étrangère, lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- les faits résultant directement ou indirectement de guerre civile ou étrangère,
- les émeutes, insurrections, actes de terrorisme ou sabotage, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,

- tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation,
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules,
- le fait intentionnellement causé ou provoqué par l'assuré ou l'ayant droit,
- l'acte effectué sous l'emprise de l'ivresse, si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la route, ou sous l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrits médicalement,
- les démonstrations, raids, acrobaties, compétitions et tentatives de records, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- les vols sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- la pratique de sports aériens, automobiles, motocyclistes ou motonautiques à titre professionnel ou amateur, et de tous les autres sports à titre professionnel.

28. EXCLUSION DES GARANTIES FACULTATIVES

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

L'exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration conformément aux dispositions des statuts.

Le Membre participant ou l'ayant droit exclu définitivement ne peut en aucun cas être réintégré sur les garanties facultatives.

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

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

29. FAUSSE DÉCLARATION

Conformément à l'article L221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre Participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre Participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

Lorsque l'adhésion à la Mutuelle ou à l'union résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou dans un

accord professionnel ou interprofessionnel, les deux précédents alinéas ne s'appliquent pas.

30. RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

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

Toute réclamation peut être formulée oralement :

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

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

La réclamation peut aussi être directement formulée par écrit :

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

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

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

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

Il peut être saisi :

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

Le Médiateur ne peut intervenir que :

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

31. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX

Conformément aux dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle est fondée, dans le cadre du respect de son obligation de vigilance et de contrôle, à demander à la personne morale souscriptrice toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'établissement du contrat collectif ou à sa modification.

32. FONDS D'ACTION SOCIALE

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

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

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

NOTICE D'INFORMATION

ASSISTANCE SANTÉ SOCLE COMMUN

05 49 76 98 20

PRÉAMBULE

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



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

SOMMAIRE

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

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

Contact par téléphone : 05 49 76 98 20

Contact par email : das@ima.eu

Contact par SMS : 07 55 53 20 50
(ce numéro est réservé aux personnes sourdes et malentendantes)

Territorialité

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

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

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

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

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

Pièces justificatives

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

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

GARANTIES D'ASSISTANCE À DOMICILE

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

1.1. FAITS GÉNÉRATEURS

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

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

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

1.2. INTERVENTION

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

Délai de demande d'assistance

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

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

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

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

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

Application des garanties

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

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

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

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

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

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

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

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

2. GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION

2.1. CONSEIL SOCIAL

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

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

2.2. INFORMATIONS JURIDIQUES

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

2.3. CONSEIL MÉDICAL

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

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

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

2.4. MISE EN RELATION AVEC UN PRESTATAIRE

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

2.5. SITE INTERNET IMA S@NTÉ

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

Le site propose :

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

3. ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT

3.1. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

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

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

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

3.2. GESTION DE CRISE SUR SITE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.1. AIDE À DOMICILE

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

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

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

4.2. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

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

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

4.3. SERVICES DE PROXIMITÉ

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

Coiffure à domicile

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

Pédicure à domicile

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

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

Portage de repas

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

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

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

Livraison de courses

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

Portage d'espèces

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

5. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE

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

Livraison de médicaments

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

Accompagnement aux courses

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

6. GARANTIES FAMILLE

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

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

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

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

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

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

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

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

Le déplacement d'un proche

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

Le transfert des enfants

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

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

La garde des enfants

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

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

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

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

6.3. PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

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

Le déplacement d'un proche

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

Le transfert des ascendants chez un proche

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

La garde des ascendants

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

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

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

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

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

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

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

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

6.5. REPLAÇANTE DE GARDE D'ENFANTS

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

7. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS DE MATERNITÉ

7.1. INFORMATIONS MÉDICALES NAISSANCE

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

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

7.2. ACQUISITION DES GESTES PREMIER ENFANT

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

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

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

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

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

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

8.1. ENVELOPPE DE SERVICES

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

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

9. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS DE HANDICAP

9.1. ACQUISITION DES GESTES PREMIER ENFANT

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

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

9.2. PROFESSEUR DE LOCOMOTION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.4. AIDE AUX DÉMARCHES ADMINISTRATIVES

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

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

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

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

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

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

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

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

9.6. INTERPRÈTE EN LANGUE DES SIGNES FRANÇAISE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES LIÉES AU DÉCÈS

10.1. ENREGISTEMENT ET RESPECT DES VOLONTÉS

Avant décès : Recueil des volontés

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

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

Après décès : Restitution des volontés

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

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

10.2. RAPATRIEMENT DE CORPS

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

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

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

10.4. RETOUR DES ACCOMPAGNATEURS

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

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

10.5. AIDE AUX DÉMARCHES

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

10.6. MISE EN RELATION AVEC UN PRESTATAIRE FUNÉRAIRE

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

10.7. AVANCE DE FONDS

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

GARANTIES D'ASSISTANCE EN DÉPLACEMENT

11. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ASSISTANCE DÉPLACEMENT

11.1. FAITS GÉNÉRATEURS

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

11.2. APPLICATION DES GARANTIES

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

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

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

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

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

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

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

12. HOSPITALISATION OU IMMOBILISATION AU COURS D'UN DÉPLACEMENT

12.1. VOYAGE ALLER-RETOUR D'UN PROCHE

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

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

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

12.2. RAPATRIEMENT MÉDICAL

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

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

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

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

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

GARANTIES D'ASSISTANCE AIDE AUX AIDANTS

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

13.1. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'Assistance à domicile s'appliquent :

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

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

13.2. INTERVENTION

Délai de demande d'assistance

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

Application des garanties

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

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

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

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

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

14.1. TÉLÉASSISTANCE

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

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

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

14.2. NUTRITION PRÉVENTION SANTÉ

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

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

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

14.3. BILAN MOBILITÉ

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

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

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

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

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

15.1. BILAN SOCIAL

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

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

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

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

15.2. ACCOMPAGNEMENT À L'ENTRÉE EN ÉTABLISSEMENT

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

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

15.3. GARDE DE NUIT DE L'AIDÉ

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

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

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

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

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

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

16.1. AIDE À DOMICILE

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

16.2. SERVICES DE PROXIMITÉ

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

Coiffure à domicile

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

Pédicure à domicile

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

Portage de repas

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

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

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

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

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

Livraison de courses

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

Portage d'espèces

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

La garantie est limitée à 1 fois par évènement.

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

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

16.3. BILAN SITUATIONNEL AU DOMICILE PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

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

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

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

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

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

17.1. ENVELOPPE DE SERVICES

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

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

17.2. GARDE DE JOUR DE L'AIDÉ

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

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

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

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

18.1. ACCOMPAGNEMENT BUDGÉTAIRE

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

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

18.2. RÉACTIVATION DES LIENS SOCIAUX

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

19. ACCOMPAGNEMENT DE L'AIDANT À TOUT MOMENT

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

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

ANNEXE

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

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

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

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

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

ANNEXE

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

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

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

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

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

CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES D'ASSISTANCE

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

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

FAUSSE DÉCLARATION

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

FORCE MAJEURE

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

REFUS DU BÉNÉFICIAIRE

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

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES POUR L'ASSISTANCE DOMICILE

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- Les hospitalisations dans des établissements et services psychiatriques, 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,

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

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES POUR L'ASSISTANCE DÉCÈS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

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

Les décès consécutifs :

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

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES POUR L'ASSISTANCE DÉPLACEMENT

Ne sont en aucun cas pris en charge par IMA :

Certains frais et dépenses :

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

- Les frais de repas, les frais de téléphone et de connexion internet ainsi que les frais de bar en cas d'hébergement pris en charge par IMA au titre des garanties,
 - Les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur, etc.),
 - Les frais d'achat ou de location d'appareils de climatisation, d'humidificateurs, d'appareils à aérosol et des appareils pour exercices physiques,
 - Les frais engagés par le bénéficiaire de sa propre initiative, sans l'accord préalable d'IMA, sauf cas de force majeure,
 - Les frais non mentionnés expressément comme donnant lieu à remboursement et toute dépense pour laquelle le bénéficiaire ne peut produire de justificatif,
 - Les dépenses occasionnées par les proches ou les membres de la famille du bénéficiaire pendant sa période d'hospitalisation,
 - Les frais liés aux excédents de poids de bagages lors d'un rapatriement par avion de ligne,
 - Les frais résultant de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale,
 - Les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple),
 - Les frais d'appareillages médicaux et prothèses (dentaires notamment),
 - Les frais de séjour en maison de repos, et en centres de rééducation ou maisons de convalescence
 - Les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie,
 - Les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
 - Les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination,
 - Les frais de bilan de santé et de traitements médicaux ordonnés en France.
 - Les frais médicaux qui interviennent dans le pays du domicile du bénéficiaire,
 - Les frais de transports primaires, c'est-à-dire les transports sanitaires d'urgence relevant d'une organisation décidée par la puissance publique locale,
 - Les frais liés au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles,
 - Les frais de cure thermale, d'héliothérapie, d'amaigrissement, de rajeunissement et de toute cure de « confort » ou de traitement à visée esthétique,
- Les événements suivants :
- Les attentats, guerres civiles ou étrangères, révolution, émeute,
 - Les actes intentionnels et fautes dolosives, y compris le suicide et la tentative de suicide,
 - La consommation d'alcool lorsqu'elle est directement à l'origine de la cause de l'évènement, de drogue, et de toute substance stupéfiante mentionnée au Code de la Santé Publique, non prescrite médicalement.
 - Tout effet d'origine nucléaire ou causé par toute source de rayonnement ionisant,
 - Les événements dont la responsabilité peut incomber soit à l'organisateur du voyage en application du Titre I du Livre II du Code du Tourisme fixant les conditions d'exercice des activités d'organisation et de vente de séjours, soit au transporteur, notamment en raison de sécurité aérienne et/ou de surréservation,
 - Les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé pour un traitement quel qu'en soit sa nature ainsi que les déplacements pour greffe d'organe,
 - Les rapatriements en rapport avec un état antérieur ayant justifié un premier rapatriement organisé par IMA,
 - L'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement, les fécondations in vitro et leurs conséquences,
 - Les états de grossesse dans le cadre de leur déroulement normal, sauf complication imprévue,
 - Les événements, et leurs conséquences, survenus lors de la pratique de sports à titre professionnel ou dans le cadre d'une compétition, ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires,
 - L'inobservation d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive,
- Les conséquences des situations ou événements suivants :
- Les conséquences d'infractions volontaires à la législation locale en vigueur,
 - Les conséquences des blessures et maladies préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation ou de soins ambulatoires dans les 6 mois précédent le début du voyage,
 - Les conséquences d'une affection en cours de traitement, non consolidée pour laquelle le bénéficiaire est en séjour de convalescence, ainsi que les affections survenant au cours d'un voyage entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,
 - Les conséquences des accidents ou lésion bénignes qui peuvent être traitées sur place,

Les événements suivants :

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

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

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

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

La preuve de l'exclusion incombe à IMA.

VIE DU CONTRAT

DURÉE DES GARANTIES

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

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

PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'évènement 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 en a eu connaissance,
- 2) En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

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

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

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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

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

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

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

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

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

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

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

RÉCLAMATION ET MÉDIATION

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

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

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

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

DÉFINITIONS

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

ACCIDENT CORPOREL

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

ADHÉRENT

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

AIDANT

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

AIDÉ

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

AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

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

ANIMAUX DOMESTIQUES

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

BÉNÉFICIAIRES

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

BESOIN DE RÉPIT

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

CENTRE DE CONVALESCENCE

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

CHIRURGIE AMBULATOIRE

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

DOMICILE

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

FRANCE

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

HOSPITALISATION

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

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

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

HOSPITALISATION PROGRAMMÉE

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

IMMOBILISATION

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

IMMOBILISATION IMPRÉVUE

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

INTERVENTION CHIRURGICALE

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

HANDICAP

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

MALADIE

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

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

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

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

PERTE D'AUTONOMIE

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

PROCHE

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

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
Médecins signataires DPTM *	80% BR	20% BR	100% BR	
Médecins non signataires DPTM *	80% BR	20% BR	100% BR	
Participation du patient				
Participation du patient	-	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
Séjours				
Frais de séjour ets conventionnés	80% BR	20% BR	100% BR	
Frais de séjour ets non conventionnés	80% BR	20% BR	100% BR	
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé
Forfait patient urgences	-	Frais réels	Frais réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations et visites - Médecins généralistes ou spécialistes				
Médecins signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	
Médecins non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	
Médecins non conventionnés	70% BR	30% BR	100% BR	
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)				
Psychologues adhérents au dispositif MonPsy	60% BR	40% BR	100% BR	Dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire	60% BR	40% BR	100% BR	
Actes d'imagerie				
Médecins signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	
Médecins non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
Médecins signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	
Médecins non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	
Médecins non conventionnés	70% BR	30% BR	100% BR	
Médicaments				
Médicaments à Service Médical Rendu* important	65% BR	35% BR	100% BR	
Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30% BR	-	30% BR	
Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15% BR	-	15% BR	
Matériel médical				
Orthopédie, accessoires, appareillage	60% BR	40% BR	100% BR	
Transport				
Transport	65% BR	35% BR	100% BR	
DENTAIRE				
Soins, actes et consultations				
Soins, actes et consultations Stomatologues signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	
Soins, actes et consultations Stomatologues non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	100% BR	25% BR	125% BR	
Soins et prothèses 100% santé(1)				
Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				
Prothèses	70% BR	Frais réels moins 70% BR	Frais réels	Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
Prothèses hors 100% santé				
Panier à honoraires maîtrisés**				
Prothèses	70% BR	55% BR	125% BR	
Inlay, Onlay	70% BR	30% BR	100% BR	
Panier à honoraires libres				
Prothèses	70% BR	55% BR	125% BR	
Inlay, Onlay	70% BR	30% BR	100% BR	

TGFESP 202302

prestations en vigueur au 01/01/2023

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
OPTIQUE 1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.				
Equipements 100% santé(1) (verres et/ou monture) Classe A				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
Monture	60% BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	
Verres (tous types de correction)	60% BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	
Prestations d'appairage	60% BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) classe B - Tarifs libres En cas de mixité Classe A et Classe B, prise en charge dans la limite du plafond déduction faite du coût de la monture ou des verres de la Classe A. Remboursement maximum pour la monture : 100 €				
Monture + verres simples	60% BR	100 € moins 60% BR	100 €	Forfait par bénéficiaire
Monture + verres complexes	60% BR	200 € moins 60% BR	200 €	Forfait par bénéficiaire
Monture + verres très complexes	60% BR	200 € moins 60% BR	200 €	Forfait par bénéficiaire
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prisme et adaptation de la prescription				
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prisme et adaptation de la prescription	60% BR	40% BR	100% BR	
Lentilles				
Lentilles remboursées par l'AMO	60% BR	40% BR	100% BR	
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date				
Equipements 100% santé(1) Classe I - Soumis à des prix limites de vente				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis
Aides auditives	60% BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	Appareillage auditif
Equipements hors 100% santé(1) Classe II - Tarifs libres				Remboursement limité à 1700 € par oreille
Aides auditives	60% BR	40% BR	100% BR	Appareillage auditif
Accessoires, entretien, piles, réparations				
Accessoires, entretien, piles, réparations	60% BR	40% BR	100% BR	
SERVICES PLUS				
Accès au Fonds d'action sociale	-	OUI	OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale
- Consultation médicale à distance 24H/24 - 7j/7 : avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ;	-	OUI	OUI	Accès depuis votre espace adhérent sur aesio.fr, Service 100% confidentiel et sécurisé
- Proposition d'un avis, d'un conseil voir d'un diagnostic médical accompagnée d'une ordonnance électronique lorsque la situation le permet	-	OUI	OUI	
Assistance vie quotidienne	-	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance

* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé.

** actes soumis à des honoraires limites de facturation

Sauf mention contraire, la Mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'AMO.

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

(1) Tels que définis réglementairement

Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins. En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ; à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ou à la Tarification à l'Activité (TAA). - Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*) OPTION FACULTATIVE	TOTAL	
HOSPITALISATION					
Honoraires, actes et soins					
Médecins signataires DPTM *	80% BR	20% BR	50% BR	150% BR	
Médecins non signataires DPTM *	80% BR	20% BR	30% BR	130% BR	
Participation du patient					
Participation du patient	-	Frais réels	-	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
Séjours					
Frais de séjour ets conventionnés	80% BR	20% BR	50% BR	150% BR	
Frais de séjour ets non conventionnés	80% BR	20% BR	50% Frais réels moins 100% BR	50% Frais réels	
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	-	Frais réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé
Forfait patient urgences	-	Frais réels	-	Frais réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
Chambre particulière					
Médecine, chirurgie et obstétrique	-	-	0.50% PMSS	0.50% PMSS	Par jour
Repos, réadaptation et psychiatrie	-	-	0.50% PMSS	0.50% PMSS	
Frais d'accompagnement					
Médecine et chirurgie	-	-	0.50% PMSS	0.50% PMSS	Forfait par journée d'hospitalisation couvrant les frais de repas et/ou d'hébergement en milieu hospitalier ou en hébergement extérieur du service (maison de parents, foyer d'accueil ou hotel hospitalier) Montant par jour pour les bénéficiaires hospitalisés âgés de moins de 16 ans
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultations et visites - Médecins généralistes ou spécialistes					
Médecins signataires DPTM *	70% BR	30% BR	50% BR	150% BR	
Médecins non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	30% BR	130% BR	
Médecins non conventionnés	70% BR	30% BR	50% BR	150% BR	
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)					
Psychologues adhérents au dispositif MonPsy	60% BR	40% BR	-	100% BR	Dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire
Analyses et examens de laboratoire					
Analyses et examens de laboratoire	60% BR	40% BR	50% BR	150% BR	
Actes d'imagerie					
Médecins signataires DPTM *	70% BR	30% BR	50% BR	150% BR	
Médecins non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	30% BR	130% BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie					
Médecins signataires DPTM *	70% BR	30% BR	50% BR	150% BR	
Médecins non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	30% BR	130% BR	
Médecins non conventionnés	70% BR	30% BR	50% BR	150% BR	
Médicaments					
Médicaments à Service Médical Rendu* important	65% BR	35% BR	-	100% BR	
Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30% BR	-	70% BR	100% BR	
Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15% BR	-	65% BR	80% BR	
Matériel médical					
Orthopédie, accessoires, appareillage	60% BR	40% BR	50% BR	150% BR	
Transport					
Transport	65% BR	35% BR	-	100% BR	
Cures thermales remboursées par l'AMO					
Forfait thermal et honoraires de surveillance	70% BR	-	30% BR	100% BR	
Hébergement et transports	65% BR	-	35% BR	100% BR	
Forfait cures thermales	-	-	4% PMSS	4% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire

TGFEPO1_202302

prestations en vigueur au 01/01/2023

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*) OPTION FACULTATIVE	TOTAL	
DENTAIRE					
Soins, actes et consultations	70% BR	30% BR	50% BR	150% BR	
Soins, actes et consultations Stomatologues signataires DPTM *	70% BR	30% BR	50% BR	150% BR	
Soins, actes et consultations Stomatologues non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	30% BR	130% BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	100% BR	25% BR	60% BR	185% BR	
Soins et prothèses 100% santé(1) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé					Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
Prothèses	70% BR	Frais réels moins 70% BR	-	Frais réels	
Prothèses hors 100% santé					
Panier à honoraires maîtrisés**					
Prothèses	70% BR	55% BR	60% BR	185% BR	
Inlay, Onlay	70% BR	30% BR	50% BR	150% BR	
Panier à honoraires libres					
Prothèses	70% BR	55% BR	60% BR	185% BR	
Inlay, Onlay	70% BR	30% BR	50% BR	150% BR	
Actes non remboursés par l'AMO					
Prothèses	-	-	5% PMSS	5% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Implantologie	-	-	5% PMSS	5% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
OPTIQUE 1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.					
Equipements 100% santé(1) (verres et/ou monture) Classe A					
Monture	60% BR	Frais réels moins 60% BR	-	Frais réels	Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
Verres (tous types de correction)	60% BR	Frais réels moins 60% BR	-	Frais réels	
Prestations d'appairage	60% BR	Frais réels moins 60% BR	-	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) classe B - Tarifs libres En cas de mixité Classe A et Classe B, prise en charge dans la limite du plafond déduction faite du coût de la monture ou des verres de la Classe A. Remboursement maximum pour la monture : 100 €					
Monture + verres simples	60% BR	100 € moins 60% BR	60 €	160 €	Forfait par bénéficiaire
Monture + verres complexes	60% BR	200 € moins 60% BR	50 €	250 €	Forfait par bénéficiaire
Monture + verres très complexes	60% BR	200 € moins 60% BR	50 €	250 €	Forfait par bénéficiaire
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prisme et adaptation de la prescription					
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prisme et adaptation de la prescription	60% BR	40% BR	-	100% BR	
Lentilles					
Lentilles remboursées par l'AMO	60% BR	40% BR	-	100% BR	
Forfait lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	-	-	2% PMSS	2% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
AIDES AUDITIVES					
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date					
Equipements 100% santé(1) Classe I - Soumis à des prix limites de vente					
Aides auditives	60% BR	Frais réels moins 60% BR	-	Frais réels	Appareillage auditif
Equipements hors 100% santé(1) Classe II - Tarifs libres					
Aides auditives	60% BR	40% BR	50% BR	150% BR	Remboursement limité à 1700 € par oreille
Accessoires, entretien, piles, réparations					
Accessoires, entretien, piles, réparations	60% BR	40% BR	-	100% BR	
GARANTIES PLUS					
Prime naissance ou adoption	-	-	2.50% PMSS	2.50% PMSS	Forfait par enfant
Vaccins non remboursés par l'AMO (sur prescription médicale) - contraceptifs	-	-	50 €	50 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Ostéopathie - Chiropractie - Acupuncture	-	-	15 €	15 €	Forfait par séance et par bénéficiaire dans la limite de 2 séances par an Professionnel titulaire d'un diplôme d'Etat dans sa spécialité et inscrit au répertoire ADELI ou RPPS

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*) OPTION FACULTATIVE	TOTAL	
SERVICES PLUS					
Accès au Fonds d'action sociale	-	OUI	-	OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale
- Consultation médicale à distance 24H/24 - 7j/7 : avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ; - Proposition d'un avis, d'un conseil voir d'un diagnostic médical accompagnée d'une ordonnance électronique lorsque la situation le permet	-	OUI	-	OUI	Accès depuis votre espace adhérent sur aesio.fr, Service 100% confidentiel et sécurisé
Assistance vie quotidienne	-	OUI	-	OUI	Se référer à la notice d'information assistance

* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée. / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé.

** actes soumis à des honoraires limites de facturation

Sauf mention contraire, la Mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'AMO.

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

(1) Tels que définis réglementairement

Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins. En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ; à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ou à la Tarification à l'Activité (TAA). - Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*) OPTION FACULTATIVE	TOTAL	
HOSPITALISATION					
Honoraires, actes et soins					
Médecins signataires DPTM *	80% BR	20% BR	100% BR	200% BR	
Médecins non signataires DPTM *	80% BR	20% BR	80% BR	180% BR	
Participation du patient					
Participation du patient	-	Frais réels	-	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
Séjours					
Frais de séjour ets conventionnés	80% BR	20% BR	100% BR	200% BR	
Frais de séjour ets non conventionnés	80% BR	20% BR	90% BR moins 100% BR	90% Frais réels	
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	-	Frais réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé
Forfait patient urgences	-	Frais réels	-	Frais réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
Chambre particulière					
Médecine, chirurgie et obstétrique	-	-	1% PMSS	1% PMSS	Par jour
Repos, réadaptation et psychiatrie	-	-	1% PMSS	1% PMSS	
Frais d'accompagnement					
Médecine et chirurgie	-	-	0.50% PMSS	0.50% PMSS	Forfait par journée d'hospitalisation couvrant les frais de repas et/ou d'hébergement en milieu hospitalier ou en hébergement extérieur du service (maison de parents, foyer d'accueil ou hotel hospitalier) Montant par jour pour les bénéficiaires hospitalisés âgés de moins de 16 ans
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultations et visites - Médecins généralistes ou spécialistes					
Médecins signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR	
Médecins non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	80% BR	180% BR	
Médecins non conventionnés	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR	
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)					
Psychologues adhérents au dispositif MonPsy	60% BR	40% BR	-	100% BR	Dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire
Analyses et examens de laboratoire					
Analyses et examens de laboratoire	60% BR	40% BR	100% BR	200% BR	
Actes d'imagerie					
Médecins signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR	
Médecins non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	80% BR	180% BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie					
Médecins signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR	
Médecins non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	80% BR	180% BR	
Médecins non conventionnés	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR	
Médicaments					
Médicaments à Service Médical Rendu* important	65% BR	35% BR	-	100% BR	
Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30% BR	-	70% BR	100% BR	
Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15% BR	-	85% BR	100% BR	
Matériel médical					
Orthopédie, accessoires, appareillage	60% BR	40% BR	100% BR	200% BR	
Transport					
Transport	65% BR	35% BR	-	100% BR	
Cures thermales remboursées par l'AMO					
Forfait thermal et honoraires de surveillance	70% BR	-	30% BR	100% BR	
Hébergement et transports	65% BR	-	35% BR	100% BR	
Forfait cures thermales	-	-	8% PMSS	8% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire

TGFEPO2_202302

prestations en vigueur au 01/01/2023

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*) OPTION FACULTATIVE	TOTAL	
DENTAIRE					
Soins, actes et consultations	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR	
Soins, actes et consultations Stomatologues signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR	
Soins, actes et consultations Stomatologues non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	80% BR	180% BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	100% BR	25% BR	125% BR	250% BR	
Soins et prothèses 100% santé(1) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé					Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
Prothèses	70% BR	Frais réels moins 70% BR	-	Frais réels	
Prothèses hors 100% santé					
Panier à honoraires maîtrisés**					
Prothèses	70% BR	55% BR	125% BR	250% BR	
Inlay, Onlay	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR	
Panier à honoraires libres					
Prothèses	70% BR	55% BR	125% BR	250% BR	
Inlay, Onlay	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR	
Actes non remboursés par l'AMO					
Prothèses	-	-	10% PMSS	10% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Implantologie	-	-	10% PMSS	10% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
OPTIQUE 1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.					
Equipements 100% santé(1) (verres et/ou monture) Classe A					
Monture	60% BR	Frais réels moins 60% BR	-	Frais réels	Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
Verres (tous types de correction)	60% BR	Frais réels moins 60% BR	-	Frais réels	
Prestations d'appairage	60% BR	Frais réels moins 60% BR	-	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) classe B - Tarifs libres En cas de mixité Classe A et Classe B, prise en charge dans la limite du plafond déduction faite du coût de la monture ou des verres de la Classe A. Remboursement maximum pour la monture : 100 €					
Monture + verres simples	60% BR	100 € moins 60% BR	120 €	220 €	Forfait par bénéficiaire
Monture + verres complexes	60% BR	200 € moins 60% BR	100 €	300 €	Forfait par bénéficiaire
Monture + verres très complexes	60% BR	200 € moins 60% BR	100 €	300 €	Forfait par bénéficiaire
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prisme et adaptation de la prescription					
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prisme et adaptation de la prescription	60% BR	40% BR	-	100% BR	
Lentilles					
Lentilles remboursées par l'AMO	60% BR	40% BR	-	100% BR	
Forfait lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	-	-	4% PMSS	4% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
AIDES AUDITIVES					
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date					
Equipements 100% santé(1) Classe I - Soumis à des prix limites de vente					
Aides auditives	60% BR	Frais réels moins 60% BR	-	Frais réels	Appareillage auditif
Equipements hors 100% santé(1) Classe II - Tarifs libres					
Aides auditives	60% BR	40% BR	100% BR	200% BR	Remboursement limité à 1700 € par oreille
Accessoires, entretien, piles, réparations					
Accessoires, entretien, piles, réparations	60% BR	40% BR	-	100% BR	
GARANTIES PLUS					
Prime naissance ou adoption	-	-	5% PMSS	5% PMSS	Forfait par enfant
Vaccins non remboursés par l'AMO (sur prescription médicale) - contraceptifs	-	-	50 €	50 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Ostéopathie - Chiropractie - Acupuncture	-	-	15 €	15 €	Forfait par séance et par bénéficiaire dans la limite de 2 séances par an Professionnel titulaire d'un diplôme d'Etat dans sa spécialité et inscrit au répertoire ADELI ou RPPS

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*) OPTION FACULTATIVE	TOTAL	
SERVICES PLUS					
Accès au Fonds d'action sociale	-	OUI	-	OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale
- Consultation médicale à distance 24H/24 - 7j/7 : avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ; - Proposition d'un avis, d'un conseil voir d'un diagnostic médical accompagnée d'une ordonnance électronique lorsque la situation le permet	-	OUI	-	OUI	Accès depuis votre espace adhérent sur aesio.fr, Service 100% confidentiel et sécurisé
Assistance vie quotidienne	-	OUI	-	OUI	Se référer à la notice d'information assistance

* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée. / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé.

** actes soumis à des honoraires limites de facturation

Sauf mention contraire, la Mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'AMO.

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

(1) Tels que définis réglementairement

Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins. En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ; à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ou à la Tarification à l'Activité (TAA). - Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*) OPTION FACULTATIVE	TOTAL	
HOSPITALISATION					
Honoraires, actes et soins					
Médecins signataires DPTM *	80% BR	20% BR	200% BR	300% BR	
Médecins non signataires DPTM *	80% BR	20% BR	100% BR	200% BR	
Participation du patient					
Participation du patient	-	Frais réels	-	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€
Séjours					
Frais de séjour ets conventionnés	80% BR	20% BR	200% BR	300% BR	
Frais de séjour ets non conventionnés	80% BR	20% BR	200% BR	300% BR	
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	-	Frais réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé
Forfait patient urgences	-	Frais réels	-	Frais réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
Chambre particulière					Par jour
Médecine, chirurgie et obstétrique	-	-	1.5% PMSS	1.5% PMSS	
Repos, réadaptation et psychiatrie	-	-	1.5% PMSS	1.5% PMSS	
Frais d'accompagnement					Forfait par journée d'hospitalisation couvrant les frais de repas et/ou d'hébergement en milieu hospitalier ou en hébergement extérieur du service (maison de parents, foyer d'accueil ou hotel hospitalier)
Médecine et chirurgie	-	-	1% PMSS	1% PMSS	Montant par jour pour les bénéficiaires hospitalisés âgés de moins de 16 ans
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultations et visites - Médecins généralistes ou spécialistes					
Médecins signataires DPTM *	70% BR	30% BR	200% BR	300% BR	
Médecins non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR	
Médecins non conventionnés	70% BR	30% BR	200% BR	300% BR	
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	60% BR	40% BR	200% BR	300% BR	
Psychologues adhérents au dispositif MonPsy	60% BR	40% BR	-	100% BR	Dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire
Analyses et examens de laboratoire					
Analyses et examens de laboratoire	60% BR	40% BR	200% BR	300% BR	
Actes d'imagerie					
Médecins signataires DPTM *	70% BR	30% BR	200% BR	300% BR	
Médecins non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie					
Médecins signataires DPTM *	70% BR	30% BR	200% BR	300% BR	
Médecins non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR	
Médecins non conventionnés	70% BR	30% BR	200% BR	300% BR	
Médicaments					
Médicaments à Service Médical Rendu* important	65% BR	35% BR	-	100% BR	
Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30% BR	-	70% BR	100% BR	
Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15% BR	-	85% BR	100% BR	
Matériel médical					
Orthopédie, accessoires, appareillage	60% BR	40% BR	200% BR	300% BR	
Transport					
Transport	65% BR	35% BR	-	100% BR	
Cures thermales remboursées par l'AMO					
Forfait thermal et honoraires de surveillance	70% BR	-	30% BR	100% BR	
Hébergement et transports	65% BR	-	35% BR	100% BR	
Forfait cures thermales	-	-	15% PMSS	15% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire

TGESP03_202302

prestations en vigueur au 01/01/2023

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*) OPTION FACULTATIVE	TOTAL	
DENTAIRE					
Soins, actes et consultations	70% BR	30% BR	200% BR	300% BR	
Soins, actes et consultations Stomatologues signataires DPTM *	70% BR	30% BR	200% BR	300% BR	
Soins, actes et consultations Stomatologues non signataires DPTM *	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	100% BR	25% BR	275% BR	400% BR	
Soins et prothèses 100% santé(1) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé					Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
Prothèses	70% BR	Frais réels moins 70% BR	-	Frais réels	
Prothèses hors 100% santé					
Panier à honoraires maîtrisés**					
Prothèses	70% BR	55% BR	275% BR	400% BR	
Inlay, Onlay	70% BR	30% BR	200% BR	300% BR	
Panier à honoraires libres					
Prothèses	70% BR	55% BR	275% BR	400% BR	
Inlay, Onlay	70% BR	30% BR	200% BR	300% BR	
Actes non remboursés par l'AMO					
Parodontologie	-	-	10% PMSS	10% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Prothèses	-	-	15% PMSS	15% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Implantologie	-	-	20% PMSS	20% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire (racine ou partie interne)
Orthodontie	-	-	300% BR	300% BR	
OPTIQUE 1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.					
Equipements 100% santé(1) (verres et/ou monture) Classe A					Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.
Monture	60% BR	Frais réels moins 60% BR	-	Frais réels	
Verres (tous types de correction)	60% BR	Frais réels moins 60% BR	-	Frais réels	
Prestations d'appariage	60% BR	Frais réels moins 60% BR	-	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) classe B - Tarifs libres En cas de mixité Classe A et Classe B, prise en charge dans la limite du plafond déduction faite du coût de la monture ou des verres de la Classe A. Remboursement maximum pour la monture : 100 €					
Monture + verres simples	60% BR	100 € moins 60% BR	270 €	370 €	Forfait par bénéficiaire
Monture + verres complexes	60% BR	200 € moins 60% BR	350 €	550 €	Forfait par bénéficiaire
Monture + verres très complexes	60% BR	200 € moins 60% BR	400 €	600 €	Forfait par bénéficiaire
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prisme et adaptation de la prescription					
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prisme et adaptation de la prescription	60% BR	40% BR	-	100% BR	
Lentilles					
Lentilles remboursées par l'AMO	60% BR	40% BR	-	100% BR	
Forfait lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	-	-	7% PMSS	7% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO					
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	-	-	15% PMSS	15% PMSS	Forfait par œil, par an et par bénéficiaire
AIDES AUDITIVES					
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date					
Equipements 100% santé(1) Classe I - Soumis à des prix limites de vente					Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis
Aides auditives	60% BR	Frais réels moins 60% BR	-	Frais réels	Appareillage auditif
Equipements hors 100% santé(1) Classe II - Tarifs libres					Remboursement limité à 1700 € par oreille
Aides auditives	60% BR	40% BR	200% BR + 20% PMSS	300% BR + 20% PMSS	Appareillage auditif Forfait par an et par bénéficiaire
Accessoires, entretien, piles, réparations					
Accessoires, entretien, piles, réparations	60% BR	40% BR	-	100% BR	

prestations en vigueur au 01/01/2023

TGESP03_2023302

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*) OPTION FACULTATIVE	TOTAL	
GARANTIES PLUS					
Prime naissance ou adoption	-	-	10% PMSS	10% PMSS	Forfait par enfant
Vaccins non remboursés par l'AMO (sur prescription médicale) - contraceptifs	-	-	75 €	75 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Ostéopathie - Chiropractie - Acupuncture	-	-	30 €	30 €	Forfait par séance et par bénéficiaire dans la limite de 3 séances par an Professionnel titulaire d'un diplôme d'Etat dans sa spécialité et inscrit au répertoire ADELI ou RPPS
SERVICES PLUS					
Accès au Fonds d'action sociale	-	OUI	-	OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale
- Consultation médicale à distance 24H/24 - 7j/7 : avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ; - Proposition d'un avis, d'un conseil voir d'un diagnostic médical accompagnée d'une ordonnance électronique lorsque la situation le permet	-	OUI	-	OUI	Accès depuis votre espace adhérent sur aesio.fr, Service 100% confidentiel et sécurisé
Assistance vie quotidienne	-	OUI	-	OUI	Se référer à la notice d'information assistance

* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé.

** actes soumis à des honoraires limites de facturation

Sauf mention contraire, la Mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'AMO.

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

(1) Tels que définis réglementairement

Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins. En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ; à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ou à la Tarification à l'Activité (TAA). - Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

Cet additif présente les évolutions de votre garantie au 1^{er} janvier 2024 au regard des évolutions légales et réglementaires. Vos remboursements seront ajustés en fonction de ces évolutions (même si celles-ci n'apparaissent pas dans votre tableau de garanties).

MODIFICATIONS DE VOTRE TABLEAU DE GARANTIES

ACTES DENTAIRES	Le ticket modérateur augmente de 10% et passe de 30% à 40% suite à une baisse du taux de prise en charge de ces actes par l'AMO* qui passe de 70% à 60%.
TRANSPORT	Le ticket modérateur augmente de 10% et passe de 35% à 45% suite à une baisse du taux de prise en charge de cette prestation par l'AMO* qui passe de 65% à 55%.

*AMO : Assurance Maladie Obligatoire

POUR VOTRE INFORMATION :

Dispositif MonParcoursPsy (anciennement « MonPsy ») :

Le dispositif « MonParcoursPsy » devient « Mon soutien Psy », avec modification du lien web : <https://monsoutienpsy.sante.gouv.fr/>

Soins de Suite et Réadaptation :

Les « Soins de suite et Réadaptation » deviennent « Soins Médicaux de Réadaptation », sans modification de vos remboursements.