

NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

GARANTIE FRAIS DE SANTE

GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES

CENTRE DE GESTION DE MEURTHE ET MOSELLE

CONTRAT N° : CCFS – 279 - CP

Notice établie en application de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité

La présente notice d'information prend effet le 1^{er} Janvier 2016

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
LEXIQUE	3
INFORMATION PRECONTRACTUELLE – MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF	3
Article 1 - Information précontractuelle - Modification du contrat collectif	3
ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF	3
Article 2 - Population assurable	3
Article 3 - Conditions et modalités d'adhésion du membre participant au contrat collectif	4
Article 4 - Faculté de renonciation	4
Article 5 - Conditions et modalités d'affiliation d'un ayant droit au contrat collectif	4
SUSPENSION, TERME ET MAINTIEN DES GARANTIES	5
Article 6 - Suspension des garanties	Erreur ! Signet non défini.
Article 7 - Terme des garanties	5
Article 8 - Maintien des garanties	6
Article 9 - Adhésion individuelle	6
DENONCIATION DE L'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF	6
Article 10 - Dénonciation de l'adhésion au contrat collectif	6
DISPOSITIONS DIVERSES	6
Article 11 - Fausse déclaration intentionnelle	6
Article 12 - Fausse déclaration non intentionnelle	6
Article 13 - Subrogation	6
Article 14 - Prescription - Interruption de la prescription	7
Article 15 - Médiation - Contestations	7
Article 16 - Informatique et Libertés	7
Article 17 - Autorité de Contrôle Prudentiel et Résolution	7
GARANTIE FRAIS DE SANTE	7
Article 18 - Objet de la Garantie frais de santé	7
Article 19 - Les formules de la Garantie frais de santé	7
Article 20 - Modification de la formule de garantie choisie	7
Article 21 - Caractère solidaire et responsable des formules de la Garantie frais de santé	8
Article 22 - Limitation des prestations	8
Article 23 - Versement des prestations	8
Article 24 - Tiers Payant	8
Article 25 - Modalités des remboursements des prestations	8
Article 26 - Prestations indument versées	8
Article 27 - Déchéance des droits à prestations en cas de fraude	9
Article 28 - Risques exclus	9
GESTION DU REGLEMENT DES SINISTRES	9
COTISATIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE	9
Article 29 - Fixation des cotisations afférentes à la Garantie frais de santé	9
Article 30 - Périodicité et modalités de paiement des cotisations	9
Article 31 - Non-paiement des cotisations	9
GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES	10
Article 32 - Assistance à domicile	10
Article 33 - Action sociale	10
Article 34 - Caution solidaire	10

PREAMBULE

Le contrat collectif conclu entre Intérieure (« la Mutuelle ») et le Centre de Gestion de Meurthe-et-Moselle (« le Souscripteur ») est un contrat collectif à adhésion facultative.

Le Souscripteur agit pour le compte des collectivités et établissements (« les collectivités ») ayant adhéré à la convention de participation conclue entre Intérieure et le Centre de Gestion de Meurthe-et-Moselle.

Le contrat collectif a pour objet de définir les conditions et modalités selon lesquelles la Mutuelle assure une garantie complémentaire santé, intitulée « Garantie frais de santé », ainsi que des garanties et services complémentaires, au bénéfice des agents des Collectivités et de leurs ayants droit.

L'ensemble des garanties et services complémentaires est défini par la présente notice d'information.

LEXIQUE

- Le terme « Membre participant » désigne la personne physique bénéficiant des prestations de la Mutuelle au titre du contrat collectif à adhésion facultative auquel elle a adhéré et en ouvre le droit à ses ayants droit, en application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité.

- L'expression « Garantie frais de santé » désigne la garantie ayant pour objet la couverture de frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, d'analyse ou d'appareillage, les dépenses engagées pour obtenir certaines de ces prestations (frais de séjour, d'hospitalisation ou de transport), ainsi que d'autres frais en relation avec la santé.

- Le « PMSS » est le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale fixé chaque année par arrêté.

- Le « Ticket modérateur » est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du membre participant après le remboursement de l'assurance maladie avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux.

- Le « Tiers payant » est une disposition particulière prévue à la mise en place du contrat permettant au membre participant et à ses ayants droit de se faire délivrer, sans avance de frais, des produits pharmaceutiques prescrits par ordonnance et pris en charge par la Sécurité sociale ou de ne pas avancer le ticket modérateur pour les dépenses engagées auprès des laboratoires de biologie, des cabinets de radiologie, des auxiliaires médicaux, des centres de santé et des hôpitaux publics pour les soins externes.

Pour faciliter la lecture de la présente notice d'information, la Mutuelle invite les membres participants à consulter le Glossaire disponible sur le site Internet de la Mutuelle (www.interiale.fr), en ce inclus le Glossaire de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM).

Le Glossaire de l'UNOCAM n'a toutefois pas de valeur contractuelle et ne peut être opposable à la Mutuelle par les membres participants.

INFORMATION PRECONTRACTUELLE – MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF

Article 1 - Information précontractuelle - Modification du contrat collectif

Les Collectivités remettent aux futurs membres participants, avant leur adhésion au contrat collectif, un bulletin d'adhésion, les Statuts et le Règlement Intérieur de la Mutuelle et, en application de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, une notice établie par la Mutuelle qui définit les garanties prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Cette notice précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, les Collectivités sont également tenues d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle.

Tout membre participant peut, dans le délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

Concernant les garanties souscrites auprès d'autres organismes assureurs, les Collectivités remettent aux membres participants une notice établie par l'organisme assureur qui définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 2 - Population assurable

a. Les membres participants

Peuvent adhérer au contrat collectif dans les conditions définies par celui-ci :

- Les fonctionnaires affiliés à la CNRACL ou détachés ;
- Les fonctionnaires et les agents affiliés à l'IRCANTEC de droit public et de droit privé ;
- Les agents mis à disposition des Collectivités si la collectivité dont ils dépendent l'autorise ;
- Les agents à la retraite pour leur dernière collectivité d'emploi.

Les agents du Souscripteur acquièrent alors la qualité de membre participant de la Mutuelle conformément à l'article L. 221-2 III du Code de la mutualité.

b. Les ayants droit

L'affiliation des ayants droit au contrat collectif est facultative.

Les différentes catégories d'ayants droit du membre participant pouvant être affiliés au contrat collectif sont :

- Le conjoint non séparé, le concubin déclaré ou la personne liée par un PACS ;
- Les enfants à charge au sens de la Sécurité sociale ;
- Les enfants handicapés de moins de 26 ans vivant au domicile du membre participant ;
- Les enfants du conjoint, concubin déclaré ou de la personne liée par un PACS à charge au sens de la Sécurité sociale ;

- Les enfants étudiants à charge fiscalement.

La présentation régulière des pièces justificatives conditionne le maintien de l'affiliation au contrat.

Article 3 - Conditions et modalités d'adhésion du membre participant au contrat collectif

a. Formalités d'adhésion au contrat collectif

Pour être recevable par la Mutuelle, la demande d'adhésion des agents des Collectivités doit obligatoirement comprendre les documents suivants :

- le bulletin d'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative, dûment complété, daté et signé ;
- une copie de la carte nationale d'identité ou d'un passeport valide ;
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), pour le paiement des prestations ;
- une demande de précompte sur traitement, pour le paiement des cotisations ou, lorsque ce mode de règlement n'est pas possible, un mandat de prélèvement SEPA accompagné d'un RIB ;
- le cas échéant, le certificat de radiation de l'ancien organisme d'assurance maladie.

L'acceptation de l'adhésion sera notifiée au membre participant par un ou plusieurs courriers qui préciseront :

- la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative,
- la date de prise d'effet des garanties,
- le niveau des garanties,
- le montant des cotisations et leur échéance.

La signature du bulletin d'adhésion par le membre participant emporte acceptation des Statuts de la Mutuelle, de son Règlement Intérieur, ainsi que de la présente notice d'information.

b. Prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif

La date de prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif est la date de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle.

c. Prise d'effet de la Garantie frais de santé

Sous réserve de la fourniture de tous les documents mentionnés à l'article 3.a ci-dessus, la Garantie frais de santé prend effet :

- soit à la date de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle et au plus tôt à la date de prise d'effet du contrat collectif ;
- soit à une date postérieure si cela a été demandé par le membre participant sur le bulletin d'adhésion ;
- soit le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie du membre participant, et au plus tôt à la date de prise d'effet du présent contrat, sous réserve que la demande d'affiliation, accompagné du certificat de radiation, intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie.

d. Durée et renouvellement de l'adhésion au contrat collectif

L'adhésion au contrat collectif est valable jusqu'au 31 décembre à minuit de l'année d'adhésion.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf cessation des garanties dans les conditions prévues par les articles 6.a et 9 de la présente notice.

Article 4 - Faculté de renonciation

A compter de la date de prise d'effet du contrat, le membre participant dispose d'un délai de trente jours calendaires, en ce inclus le délai légal de rétractation en matière de démarchage et le délai légal de rétractation en matière de vente à distance, pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si ce délai expire un samedi, un dimanche, un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Exemple de lettre de renonciation :

« Je soussigné(e)... (nom, prénom) demeurant au ... (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhérent) au contrat collectif à adhésion facultative souscrit auprès de la mutuelle Intérieure. (Date et signature de l'adhérent) ».

La lettre de renonciation doit être adressée à l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion à la Mutuelle.

En cas de renonciation dans les conditions exposées ci-dessus, la Mutuelle rembourse au membre participant le montant de la cotisation versée.

Dans l'hypothèse où le membre participant a demandé à la Mutuelle le versement de prestations dans le délai de trente jours visé ci-dessus, le membre participant ne peut plus user de sa faculté de renonciation à l'adhésion au contrat.

Article 5 - Conditions et modalités d'affiliation d'un ayant droit au contrat collectif

L'affiliation des ayants droit au contrat collectif est facultative.

a. Formalités d'affiliation au contrat collectif

La demande d'affiliation d'un ayant droit est effectuée :

- sur le bulletin d'adhésion du membre participant lorsqu'elle est concomitante à la demande d'adhésion du membre participant ;
- ou sur le formulaire approprié disponible auprès des services de la Mutuelle ou du service Ressources Humaines du Souscripteur, lorsque la demande d'affiliation de l'ayant droit est postérieure à la demande d'adhésion du membre participant.

La demande d'affiliation doit être dûment complétée, datée, signée et accompagnée des justificatifs demandés par la Mutuelle.

L'acceptation de l'affiliation de l'ayant droit au contrat est notifiée au membre participant par un ou plusieurs courriers qui préciseront :

- la date de prise d'effet de l'affiliation de l'ayant droit au contrat collectif ;
- la date de prise d'effet des garanties ;
- le niveau des garanties ;
- le montant des cotisations et leur échéance.

Lorsque l'adhésion du membre participant est concomitante à l'affiliation de l'ayant droit, l'affiliation de ce dernier est notifiée dans le courrier adressé au membre participant lors de son adhésion au contrat collectif.

b. Prise d'effet de la Garantie frais de santé

La Garantie frais de santé prend effet :

- soit à la date de réception de la demande d'affiliation par la Mutuelle et au plus tôt à la date de prise d'effet du contrat collectif ;
- soit à une date postérieure si cela a été demandée par le membre participant sur le bulletin d'affiliation ;
- soit le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie de l'ayant droit, et au plus tôt à la date de prise d'effet du contrat, sous réserve que la demande d'affiliation, accompagné du certificat de radiation, intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie.

En cas de naissance, l'affiliation prendra effet le jour de la naissance, à condition que la demande d'affiliation intervienne dans le délai de 3 mois à compter de la naissance.

A défaut, l'affiliation prendra effet à la date de réception de la demande d'affiliation par la Mutuelle.

c. Durée et renouvellement de l'affiliation au contrat collectif

L'affiliation de l'ayant droit au contrat collectif est valable jusqu'au 31 décembre à minuit de l'année d'affiliation.

L'affiliation se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'affiliation initiale, sauf cessation des garanties dans les conditions prévues à l'article 6 de la présente notice d'information.

TERME - MAINTIEN DES GARANTIES – ADHESION INDIVIDUELLE

Article 6 - Terme des garanties

a. Pour le membre participant et ses ayants droit

Les garanties définies par la présente notice prennent fin pour le membre participant et ses ayants droit :

- le dernier jour du mois suivant la date à laquelle le membre participant ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la Garantie frais de santé définie par la présente notice ;
- en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues par la présente notice d'information ;

- le dernier jour du mois suivant la date de la cessation d'activité du membre participant pour départ à la retraite, sauf dans le cas où le membre participant adhère au contrat collectif en qualité de retraité ;
- à la date du décès du membre participant. Dans ce cas, la Garantie frais de santé pourra être maintenue à la demande des ayants droit ;
- à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion du membre participant au contrat collectif, dans les conditions prévues à l'article 9 de la présente notice ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat collectif par le Souscripteur ou la Mutuelle.

Dans tous les cas, le terme des garanties définies par la présente notice entraîne automatiquement la cessation immédiate des droits en découlant pour les membres participants et leurs ayants droit affiliés audit contrat.

Toutefois, en application de l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin », la résiliation ou le non-renouvellement du contrat est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution.

En cas de démission du poste de travail, de cessation d'activité suite à un congé parental ou de mise en disponibilité de droit ou pour convenances personnelles, de détachement, de mutation, de mise à disposition, de révocation, la Mutuelle propose au membre participant de maintenir à titre individuel les garanties définies par la présente notice d'information.

Pendant la période de maintien des garanties, le membre participant règle l'intégralité de la cotisation directement à la Mutuelle par prélèvement mensuel sur compte bancaire. En cas de refus ou d'absence de réponse du membre participant à la proposition de maintien à titre individuel, les garanties cessent à la fin du mois où a pris effet l'événement.

b. Pour les seuls ayants droit

Le membre participant peut mettre fin à l'affiliation de son (ses) ayant(s) droit au contrat par l'envoi d'une lettre recommandée adressée à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle du contrat, soit avant le 31 octobre de chaque année.

Les garanties cessent pour le (les) ayant(s) droit du membre participant au 31 décembre à minuit suivant la date de réception de la demande de radiation par la Mutuelle.

Toutefois, dans les cas limitatifs suivants, si le membre participant fournit un justificatif à l'appui de sa demande à la Mutuelle, la résiliation prend effet le premier jour du mois suivant la demande :

- d'adhésion, à titre individuel, en qualité de membre participant à la mutuelle Intérieure Filia,
- d'affiliation à un régime de protection sociale obligatoire couvrant les risques garantis par la Mutuelle,
- de changement de situation matrimoniale.

Dans tous les cas, la Garantie frais de santé cesse pour les ayants droit le premier jour du mois qui suit la date à laquelle ils perdent la qualité d'ayants droit du membre participant, telle que définie à l'article 2.b de la présente notice.

En tout état de cause, la cotisation est due jusqu'à la date de radiation effective de l'ayant droit.

Article 7 - Maintien des garanties

En application de l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin », la Mutuelle ne peut refuser de maintenir aux membres participants qui en font la demande le maintien des garanties objet du contrat, sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration.

Le maintien des garanties à titre individuel par la Mutuelle s'effectue alors sans réduction de celles-ci, ni augmentation du tarif fondée sur l'évolution de l'état de santé du membre participant.

La Mutuelle conserve néanmoins la possibilité de majorer le tarif des garanties ainsi maintenues, à la condition que la hausse soit uniforme pour l'ensemble des membres participants adhérant auxdites garanties.

La demande de maintien des garanties à titre individuel doit être formulée, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de six mois à compter de la date d'effet de la cessation des garanties.

Article 8 - Adhésion individuelle

En cas de cessation des garanties objet du contrat collectif, la Mutuelle adresse une proposition de contrat individuel, dans un délai d'un mois suivant la cessation desdites garanties.

Le membre participant et ses ayants auront la possibilité d'adhérer à titre individuel à l'une des garanties élaborées à leur intention, sans que la Mutuelle ne puisse leur opposer aucun motif de refus.

Les conditions en vigueur de ces formules à adhésion individuelle peuvent être communiquées sur simple demande.

Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle soit formulée dans un délai de 6 mois à compter de la cessation des garanties, il ne sera pas fait application de la période probatoire de droit d'entrée et il ne sera pas exigé de formalités médicales.

DENONCIATION DE L'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 9 - Dénonciation de l'adhésion au contrat collectif

- a. Au 31 octobre de chaque année

Conformément à l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat, soit avant le 31 octobre de chaque année.

L'adhésion du membre participant prend fin à la date d'échéance du contrat, soit le 31 Décembre à minuit suivant la date de réception de la lettre recommandée par la Mutuelle.

- b. En cas de modification des droits et obligations

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, les Collectivités sont tenues d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle.

Tout membre participant peut, dans le délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 10 - Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L. 221-14 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.

Article 11 - Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L. 221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion au contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 12 - Subrogation

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L. 224-8 du même code (notamment les opérations relatives au remboursement de frais de soins), la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'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, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice.

En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Article 13 - Prescription - Interruption de la prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations de la Mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 14 - Médiation - Contestations

Les dispositions relatives à la médiation et à toute contestation du contrat collectif sont prévues par les Statuts de la Mutuelle.

Article 15 - Informatique et Libertés

Les informations recueillies par la Mutuelle auprès de ses membres participants sont exclusivement utilisées dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le membre participant bénéficie de garanties ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et notamment aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, le membre participant, ainsi que toute personne dont des données personnelles sont conservées par la Mutuelle, dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations les concernant.

Pour ce faire le membre participant peut adresser un courrier, accompagné d'un justificatif d'identité, au siège social de la Mutuelle, à l'attention de la Direction Juridique.

Article 16 - Autorité de Contrôle Prudentiel et Résolution

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la Mutuelle, conformément à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité.

GARANTIE FRAIS DE SANTE

Article 17 - Objet de la Garantie frais de santé

La Mutuelle s'engage à rembourser, dans la limite des pourcentages et des montants fixés par la formule de la Garantie frais de santé à laquelle a adhéré le membre participant :

- la part des frais de santé non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- les frais de santé exclus des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les garanties sont soit exprimées en pourcentage, soit exprimées en euros.

Les garanties exprimées en fonction des tarifs de l'Assurance Maladie Obligatoire sont calculées en fonction de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

En cas de modification des bases de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, la Mutuelle se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant ladite modification.

Article 18 - Les formules de la Garantie frais de santé

Dans le cadre du contrat collectif, la Mutuelle propose aux membres participants et à leurs ayants droit différentes formules adaptées à leurs attentes et à leurs besoins en matière de frais de santé :

- Une formule 1 : Garanties de base ;
- Une formule 2 : Garanties renforcées ;
- Une formule 3 : Garanties supérieures

Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents en activité.

Lors de leur adhésion au contrat collectif, les membres participants optent pour l'une des formules de garantie proposées par la Mutuelle.

Les ayants droit du membre participant, affiliés au contrat collectif, sont obligatoirement couverts par la formule de la Garantie frais de santé choisie par le membre participant.

Le tableau récapitulatif des prestations figure à l'Annexe 1 de la présente notice d'information.

Article 19 - Modification de la formule de garantie choisie

Les membres participants peuvent, chaque année, choisir de modifier la formule de la Garantie frais de santé dont ils bénéficient, sous réserve d'en faire la demande à la Mutuelle, par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat, soit avant le 31 Octobre de chaque année.

La modification de la formule de la Garantie frais de santé (à la hausse ou à la baisse) prend alors effet le 1^{er} Janvier de l'année suivante.

En cas de changement de la structure familiale, le membre participant peut modifier la formule de la Garantie frais de santé dont il bénéficie, sous réserve d'en faire la demande à la Mutuelle, par lettre recommandée avec accusé de réception, en respectant un préavis de deux mois avant la date d'effet souhaitée.

Dans ce cas, la modification de la formule de la Garantie frais de santé prend effet le 1^{er} jour du deuxième mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle.

La cotisation applicable est celle résultant de la nouvelle formule de la Garantie frais de santé à la date d'effet des nouvelles garanties.

Article 20 - Caractère solidaire et responsable des formules de la Garantie frais de santé

Les formules de la Garantie frais de santé proposées par la Mutuelle sont solidaires et responsables.

a. Solidaires

Un contrat de complémentaire santé est dit « solidaire » lorsque la Mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

b. Responsables

Un contrat de complémentaire santé est dit « responsable » lorsqu'il encourage notamment le respect du parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire le parcours de soins qui repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'assurance maladie.

Les critères des contrats de complémentaire santé responsables sont définis aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Article 21 - Limitation des prestations

Les remboursements ou les indemnités 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 et de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'entre eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge du membre participant et de ses ayants droit, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

Article 22 - Versement des prestations

En principe, les prestations sont versées directement au membre participant.

Toutefois, sur demande expresse du membre participant, le conjoint, concubin ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité ayant droit peut percevoir directement les prestations pour lui-même et/ou pour les enfants ayants droit dont il a la garde.

De la même façon, tous les ayants droit de plus de 16 ans sont autorisés à percevoir à titre personnel les prestations de la Mutuelle.

Article 23 - Tiers Payant

En principe, les prestations sont réglées aux membres participants après acquittement par eux des dépenses engagées.

Mais pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle a signé directement ou indirectement, des conventions de tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé. Dans ce cas, le membre participant n'a pas à faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins.

Ces derniers sont payés directement par la Mutuelle pour les soins qu'ils ont dispensés ou les produits qu'ils ont délivrés au membre participant ou à ses ayants droit.

Toutefois, si après avoir payé le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les garanties étaient suspendues ou résiliées, le membre participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

Article 24 - Modalités des remboursements des prestations

Pour obtenir le règlement des prestations, et à défaut d'application de la télétransmission informatique des prestations santé, le membre participant doit faire parvenir à la Mutuelle les justificatifs suivants :

- le décompte original ou, à défaut sa copie ou son image électronique, des prestations du régime obligatoire ;
- les originaux des factures des établissements hospitaliers, notes d'honoraires des chirurgiens ;
- les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles ;
- les factures optiques acquittées ;
- les factures dentaires acquittées.

Article 25 - Prestations indument versées

En cas de prestations versées indument à un membre participant ou à un ayant-droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte d'adhérent par un membre participant postérieurement à la suspension de ses garanties ou à sa radiation entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer au membre participant le remboursement de toutes prestations indues, et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre le bénéficiaire à ce remboursement.

Article 26 - Déchéance des droits à prestations en cas de fraude

Le membre participant qui effectue une déclaration avec une intention frauduleuse à l'occasion d'une demande de versement de prestations est sanctionné par la déchéance de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause, et ce sans préjudice des mesures prévues par les Statuts de la Mutuelle.

Article 27 - Risques exclus

Sont exclus les sinistres résultant :

- De faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante ;
- De guerre civile ou étrangère, d'attente, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroule ces événements et quels que soient les protagonistes, dès lors que le membre participant y prend une part active.

GESTION DU REGLEMENT DES SINISTRES

Pour toute demande de prestations, la Mutuelle assure la réception des demandes individuelles de paiement des prestations.

Toutes les demandes d'indemnisation doivent être adressées à l'adresse suivante :

INTERIALE
« PRESTATIONS SANTE CONTRAT COLLECTIF
INTERIALE –
CENTRE DE GESTION DE MEURTHE ET MOSELLE »
BP 80162
57005 METZ

Toute demande de prestations doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle le membre participant peut prétendre au paiement des prestations au titre de la garantie.

COTISATIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

Article 28 - Fixation des cotisations afférentes à la Garantie frais de santé

Les formules de la Garantie frais de santé comportent chacune des cotisations qui leur sont propres.

Le montant des cotisations est indiqué à l'Annexe 2 de la présente notice d'information.

Les cotisations afférentes aux formules de la Garantie frais de santé ne sont pas fixées :

- en fonction de l'état de santé du membre participant, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin,
- en fonction de la nature de l'emploi du membre participant,
- en fonction du sexe du membre participant.

Article 29 - Périodicité et modalités de paiement des cotisations

Les cotisations sont consenties aux membres participants et à leurs ayants droit moyennant le paiement d'une cotisation :

- précomptée mensuellement sur le traitement ou salaire des agents actifs ;
- prélevée mensuellement à terme échu sur le compte bancaire des retraités, ayant adhéré au contrat. Tout mois commencé est dû.

Conformément au décret n° 2011-1474 du 8 Novembre 2011, les Collectivités participent au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents actifs, membres participants de la Mutuelle.

Les Collectivités ne participent pas au financement de la protection sociale complémentaire des retraités, membres participants de la Mutuelle.

Article 30 - Non-paiement des cotisations

a. Cotisation précomptée par la Collectivité

Conformément à l'article L. 221-8-I du Code de la mutualité, lorsque la Collectivité assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de la Collectivité.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à la Collectivité, 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 Collectivité est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à la Collectivité pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent article.

Le contrat collectif 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.

Si le retard de paiement est imputable aux seules procédures administratives de paiement et de mandatement des cotisations, la Mutuelle s'engage à ne pas appliquer la procédure décrite ci-dessus.

b. Cotisation non précomptée par la Collectivité

Conformément à l'article L.221-8-II du Code de la mutualité, lorsque la Collectivité n'assure pas le précompte de la cotisation, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies par la présente notice d'information. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le membre participant.

GARANTIES ET SERVICES COMPLEMENTAIRES

Article 31 - Assistance à domicile

La Mutuelle a souscrit au profit des membres participants et des membres de leur famille, un contrat d'assistance auprès d'IMA ASSURANCES, ayant pour objet de garantir, dans les conditions prévues par la notice d'information établie par IMA Assurances, différentes prestations d'assistance à domicile.

Sont obligatoirement couverts par ce contrat tous les membres participants assurés au titre du présent contrat collectif.

Le montant de la cotisation afférente à l'Assistance à domicile est inclus dans le montant de la cotisation de la Garantie frais de santé.

La notice d'information du contrat est reproduite en annexe de la présente notice d'information.

Article 32 - Action sociale

La Mutuelle met en œuvre au bénéfice de ses membres participants, une action sociale consistant notamment en la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou en situation de handicap.

La Mutuelle peut accorder des allocations ou aides diverses au titre de son action sociale.

Les aides au titre de l'action sociale sont accordées en considération de la situation personnelle du demandeur, membre participant ou ayants droit du membre participant.

Ces aides ou allocations ont un caractère annuel, non rétroactif et non définitif.

Le montant de la cotisation afférente à l'Action sociale est inclus dans la cotisation afférente à la Garantie frais de santé.

L'action sociale de la Mutuelle est définie en annexe de la présente notice d'information.

Article 33 - Caution solidaire

Dans le cadre de son action en faveur du logement, la Mutuelle fait bénéficier ses adhérents d'un service de cautionnement de prêts immobiliers.

Le partenaire de la Mutuelle propose une caution en garantie des prêts immobiliers afin de faciliter l'accès à la propriété.

Cette garantie est gratuite et évite les frais d'hypothèque.

De plus les adhérents peuvent bénéficier dans ce cadre d'un taux d'assurance décès, incapacité, invalidité et chômage parmi les plus bas du marché.

Annexe 1 – Prestations

Le montant des prestations servies par la Mutuelle ne peut excéder les frais réellement engagés par le membre participant ou ses ayants droit, sous déduction des remboursements versés par l'Assurance maladie et tout autre organisme complémentaire.

Les garanties sont exprimées soit en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS), soit en forfait euros, soit en frais réels.

Prestations	Montant du remboursement y compris régime obligatoire (RO)		
	Formule n° 1 : Garanties de base	Formule n° 2 : Garanties renforcées	Formule 3 : Garanties supérieures
SOINS MEDICAUX ET PARA-MEDICAUX			
Consultation - visite de généralistes	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS
Consultation - visite spécialistes- CAS	170 % de la BRSS	195 % de la BRSS	220 % de la BRSS
Consultation - visite spécialistes- non CAS	150 % de la BRSS	175 % de la BRSS	200 % de la BRSS
Auxiliaires médicaux	100 % de la BRSS	115 % de la BRSS	125 % de la BRSS
Analyses - Acte de biologie	100 % de la BRSS	115 % de la BRSS	125 % de la BRSS
Actes techniques médicaux - CAS	100 % de la BRSS	135 % de la BRSS	145 % de la BRSS
Actes techniques médicaux - non CAS	100 % de la BRSS	115 % de la BRSS	125 % de la BRSS
Radiologie - CAS	100 % de la BRSS	135 % de la BRSS	145 % de la BRSS
Radiologie - non CAS	100 % de la BRSS	115 % de la BRSS	125 % de la BRSS
Pharmacie			
Pharmacie	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS
HOSPITALISATION (y compris maternité et hospitalisation à domicile)			
Frais de séjour	100 % de la BRSS	200 % de la BRSS	300 % de la BRSS
Honoraires médecins - CAS	170 % de la BRSS	195 % de la BRSS	220 % de la BRSS
Honoraires médecins - non CAS	150 % de la BRSS	175 % de la BRSS	200 % de la BRSS
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Participation forfaitaire 'gros risques' (18€)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	50 € par jour	60 € par jour	75 € par jour
Chambre particulière – Etablissement spécialisé	50 € par jour (limité à 60 jours)	60 € par jour (limité à 60 jours)	75 € par jour (limité à 60 jours)
Forfait accompagnant (enfant ou adulte)	15 € par jour	25 € par jour	30 € par jour

Paraphe des Parties :

OPTIQUE			
Monture			
Verres	GRILLE 1 dans le respect des minimas et maximas du décret	GRILLE 2 respectant les minimas et maximas du décret	GRILLE 3 respectant les minimas et maximas du décret
Lentilles acceptées ou refusées par le régime obligatoire	100 % de la BRSS +100 €	100 % de la BRSS +150 €	100 % de la BRSS +200 €
Chirurgie réfractive	Néant	Forfait maximum de 200 € par œil	Forfait maximum de 350 € par œil
DENTAIRE			
Soins dentaires sans dépassement	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS
Soins dentaires avec dépassement	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS	200 % de la BRSS
Prothèses remboursées S.S	270 % du BRSS Plafond annuel 1.000€ hors S.S et 125% de la BRSS au-delà	370 % du BRSS Plafond annuel 1.500€ hors S.S et 125% de la BRSS au-delà	470 % du BRSS Plafond annuel 2.000€ hors S.S et 125% de la BRSS au-delà
Inlay-Core	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS	150 % de la BRSS
Orthodontie jusqu'à 16 ans	250 % de la BRSS (2 / an)	300 % de la BRSS (2 / an)	350 % de la BRSS (2 / an)
Implantologie / paradontologie	150 (maxi 2 implants par an)	250 (maxi 2 implants par an)	400 (maxi 2 implants par an)
APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MÉDICAUX			
Orthopédie / Petit appareillage	150 % de la BRSS	250 % de la BRSS	300 % de la BRSS
Prothèses auditives	100 % de la BRSS +100 € / an	250 % de la BRSS + 200€ / an	300 % de la BRSS + 400 € / an
TRANSPORT			
Transport	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS
PRÉVENTION			
Actes de prévention (pris en charge par le RO)	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS

Signification des abréviations :

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

SS : Sécurité Sociale

CAS : Contrat d'Accès aux Soins

RO : Régime Obligatoire

Paraphe des Parties :

GRILLE OPTIQUE

❖ Formule n°1 : Garanties de base

Formule n° 1 : Garanties de base		Mineurs < 18 ans	Adultes
Type de Verre	Code LPP	Rbt Mut. *	Rbt Mut. *
Verres Simple Foyer, Sphérique			
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	50,00 €	60,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	70,00 €	80,00 €
sphère < -10 ou >+10	2248320, 2273854	90,00 €	100,00 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques			
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	60,00 €	70,00 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	2219381, 2283953	80,00 €	90,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	100,00 €	110,00 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2206800, 2245036	120,00 €	130,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques			
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	120,00 €	150,00 €
sphère < -4 ou >+4	2202452, 2238792	140,00 €	200,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques			
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	150,00 €	180,00 €
sphère < -8 ou >+8	2234239, 2259660	170,00 €	210,00 €
Monture	2210546	75,00 €	100,00 €

❖ Formule n° 2 : Garanties renforcées

Formule n° 2 : Garanties renforcées		Mineurs < 18 ans	Adultes
Type de Verre	Code LPP	Rbt Mut. *	Rbt Mut. *
Verres Simple Foyer, Sphérique			
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	70,00 €	110,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	90,00 €	130,00 €
sphère < -10 ou >+10	2248320, 2273854	110,00 €	150,00 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques			
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	80,00 €	120,00 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	2219381, 2283953	100,00 €	140,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	120,00 €	160,00 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2206800, 2245036	140,00 €	180,00 €

Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques			
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	130,00 €	200,00 €
sphère < -4 ou >+4	2202452, 2238792	150,00 €	220,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques			
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	160,00 €	230,00 €
sphère < -8 ou >+8	2234239, 2259660	180,00 €	250,00 €
Monture	2210546	85,00 €	125,00 €

❖ **Formule n° 3 : Garanties supérieures**

Formule 3 : Garanties supérieures		Mineurs < 18 ans	Adultes
Type de Verre	Code LPP	Rbt Mut. *	Rbt Mut. *
Verres Simple Foyer, Sphérique			
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	80,00 €	120,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	100,00 €	140,00 €
sphère < -10 ou >+10	2248320, 2273854	120,00 €	160,00 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques			
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	90,00 €	130,00 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	2219381, 2283953	110,00 €	150,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	130,00 €	170,00 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2206800, 2245036	150,00 €	190,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques			
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	140,00 €	210,00 €
sphère < -4 ou >+4	2202452, 2238792	160,00 €	230,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques			
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	170,00 €	240,00 €
sphère < -8 ou >+8	2234239, 2259660	190,00 €	260,00 €
Monture	2210546	95,00 €	150,00 €

(*) Le remboursement Mutuelle s'exprime hors participation Sécurité sociale pour les verres et participation Sécurité sociale incluse pour les montures. Le remboursement s'entend par verre. Les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes et tous les ans pour les mineurs et en cas de changement de la correction médicalement constatée. Les années de consommation mentionnées précédemment s'apprécient à la date de consommation.

Annexe 2 - Cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). A titre indicatif, le PMSS est fixé chaque année par arrêté.

Les cotisations en euros sont données à titre purement indicatif et sont exprimées sur la base du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) pour 2015.

La cotisation « Famille » est étendue à tous les ayants droit du membre participant, affiliés au contrat collectif. Lorsque le membre participant a demandé l'affiliation de trois enfants ou plus en qualité d'ayants droit, la cotisation « Famille » s'applique.

La cotisation évolue au 1^{er} Janvier suivant le 30^{ème} ou le 50^{ème} anniversaire.

❖ Membres participants en activité et leurs ayants droit

Formule 1 : Garanties de base								
Agent en activité	Adhérent		Adulte à charge / Conjoint		Enfant à charge		Famille	
Détail par âge	%	€	%	€	%	€	%	€
Adhérent – 30 ans	0,75 %	23,78 €	0,71 %	22,51 €	0,51%	16,17 €	2,47 %	78,30 €
Adhérent – 50 ans	1,06 %	33,60 €	1,02 %	32,33 €	0,52 %	16,48 €	3,12 %	98,90 €
Adhérent + 50 ans	1,58 %	50,09 €	1,57 %	49,77 €	0,54 %	17,12 €	4,22 %	133,77

Formule 2 : Garanties renforcées								
Agent en activité	Adhérent		Adulte à charge / Conjoint		Enfant à charge		Famille	
Détail par âge	%	€	%	€	%	€	%	€
Adhérent – 30 ans	0,84 %	26,63 €	0,80 %	25,36 €	0,60%	19,02 €	2,83 %	89,71 €
Adhérent – 50 ans	1,37 %	43,43 €	1,34 %	42,48 €	0,62 %	19,65 €	3,95 %	125,22
Adhérent + 50 ans	1,97 %	62,45 €	1,96 %	62,13 €	0,64 %	20,29 €	5,21 %	165,16

Formule 3 : Garanties supérieures								
Agent en activité	Adhérent		Adulte à charge / Conjoint		Enfant à charge		Famille	
Détail par âge	%	€	%	€	%	€	%	€
Adhérent – 30 ans	0,91 %	28,85 €	0,88 %	27,90 €	0,75%	23,78 €	3,29 %	104,29
Adhérent – 50 ans	1,63 %	51,67 €	1,59 %	50,40 €	0,79 %	25,04 €	4,81 %	152,48
Adhérent + 50 ans	2,09 %	66,25 €	2,07 %	65,62 €	0,80 %	25,36 €	5,75 %	182,28

❖ **Membres participants à la retraite et leurs ayants droit**

Formule 1 : Garanties de base								
Agent retraité	Adhérent		Adulte à charge / Conjoint		Enfant à charge		Famille	
	%	€	%	€	%	€	%	€
	2,19 %	69,42 €	2,19 %	69,42 €	0,54 %	17,12 €	4,37 %	138,53

Formule 2 : Garanties renforcées								
Agent retraité	Adhérent		Adulte à charge / Conjoint		Enfant à charge		Famille	
	%	€	%	€	%	€	%	€
	2,77 %	87,81 €	2,77 %	87,81 €	0,64 %	20,29 €	5,53 %	175,30

Formule 3 : Garanties supérieures								
Agent retraité	Adhérent		Adulte à charge / Conjoint		Enfant à charge		Famille	
	%	€	%	€	%	€	%	€
	3,37 %	106,83	3,37 %	106,83	0,80 %	25,36 €	6,73 %	213,34

Notice d'information Assistance à domicile

CONVENTION D'ASSISTANCE à DOMICILE METROPOLE et DROM

PREAMBULE

La convention d'assistance présentée ci-après, souscrite par Intériale, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, numéro SIREN 775 685 365, et dont le siège social est situé 32 rue Blanche, 75009 Paris, se propose d'apporter aux adhérents de la Mutuelle Intériale des garanties d'assistance à domicile.

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris – CS 40000 – 79033 NIORT Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

DISPOSITIONS COMMUNES

DEFINITIONS

- ◆ **ACCIDENT CORPOREL**
Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté et qui entraîne des dommages physiques audit bénéficiaire.
- ◆ **ANIMAUX DOMESTIQUES**
Les chiens et les chats.
- ◆ **BENEFICIAIRES des GARANTIES d'ASSISTANCE**
Toute personne domiciliée en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer, adhérente à INTERIALE ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit ou fiscalement à charge : conjoint de droit ou de fait, enfants et petits-enfants, enfants handicapés sans limite d'âge et ascendants directs.
- ◆ **CENTRE DE CONVALESCENCE**
Les centres de convalescence sont des 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 thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.
- ◆ **CONJOINT**
Le conjoint non séparé, son concubin notoire, son cosignataire d'un PACS.
- ◆ **DOMICILE**
Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent et de ses ayants droit.
- ◆ **ENFANT**
Enfant et petit-enfant sous condition d'âge selon les garanties (enfant handicapé sans limite d'âge), à charge et vivant au domicile de l'adhérent.

- ◆ **EPIDEMIE**
Développement et propagation rapide d'une maladie contagieuse, le plus souvent d'origine infectieuse, dans une population.
- ◆ **FRANCE**
France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM à l'exception de Mayotte (soit Martinique, Guadeloupe, Réunion et Guyane).
- ◆ **HOSPITALISATION**
Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.
- ◆ **MALADIE**
Altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante et constatée par une autorité médicale compétente. Les altérations de l'état de santé liées au vieillissement ne sont pas considérées comme des maladies.
- ◆ **PANDEMIE**
Epidémie étendue à toute la population d'un continent voire au monde entier.
- ◆ **PATHOLOGIES LOURDES**
Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polyopathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA ASSURANCES.
- ◆ **PROCHE**
Sont considérés comme des proches : le conjoint, les ascendants ou descendants au 1^{er} ou 2^{ème} degré, les frères et sœurs, beaux-frères et belles sœurs du membre participant ou de son conjoint.

1. VIE DU CONTRAT

1.1 DUREE des GARANTIES

La période de validité de la relation contractuelle entre l'adhérent et INTERIALE.

1.2 RESILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par l'adhérent de ses contrats souscrits auprès d'INTERIALE pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention

d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

1.3 SUBROGATION

IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

1.4 PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de la convention d'assistance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- 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 l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

1.5 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA ASSURANCES afin de mettre en œuvre les garanties d'assistance auxquelles le bénéficiaire peut prétendre.

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à Intérial.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES, 118 avenue de Paris, – CS 40000 – 79033 NIORT Cedex 9.

1.6 RECLAMATION ET MEDIATION

En cas de désaccord sur l'application de la convention, le bénéficiaire peut contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris – CS 40000 – 79033 NIORT Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, le bénéficiaire peut saisir le médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances) 9 rue de Saint-Petersbourg - 75008 PARIS. Son avis s'impose à IMA ASSURANCES mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

2. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

2.1 FAITS GENERATEURS

Les garanties d'Assistance à domicile s'appliquent dans les conditions spécifiées à chaque article 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,
- de séjour prolongé à la maternité
- de survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation,
- de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie et/ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation
- de décès,
- d'événement traumatisant.

2.2 TERRITORIALITE

La France métropolitaine et les départements d'outre-mer.

Définition des modalités de prise en charge des déplacements de personnes :

- Bénéficiaire résidant en métropole : prise en charge limitée au sein du territoire métropolitain, au train 1^{er} classe ou avion de ligne classe économique
- Bénéficiaire résidant dans un département d'outre-mer : prise en charge limitée au sein de ce seul département, au taxi, bateau ou avion de ligne classe économique.

2.3 INTERVENTION

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires aux numéros suivants :

0810 204 134

IMA ASSURANCES apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie privée, familiale.

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.

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

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau

d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA ASSURANCES, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose l'adhérent pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire.

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

Dès lors qu'IMA ASSURANCES n'est pas en mesure de mettre en œuvre les garanties dans un des DROM, IMA ASSURANCES s'engage à prendre en charge les frais engagés par le bénéficiaire, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine

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

2.4 PIECES JUSTIFICATIVES

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

De la même façon, IMA ASSURANCES pourra demander à l'adhérent ou à son conjoint l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

3. LIMITATIONS, EXCLUSIONS, DECHEANCES ET PROLONGATION DES GARANTIES

3.1 DELAI 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 4.1 et 4.3 à 4.9, doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent :

- Une immobilisation au domicile
- La sortie d'une hospitalisation
- Un décès.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Par exception, pour la garantie aide-ménagère, le délai de demande d'assistance est de 30 jours pour celle de l'article 4.12.1 et 10 jours pour celle de l'article 4.2 à compter :

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

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement (sortie d'hospitalisation, immobilisation ou décès).

Exemple pour la garantie aide-ménagère plafonnée à 30 jours : en cas d'appel le 15^{ème} jour suivant le jour de l'événement, la garantie est alors plafonnée à 15 jours.

Pour les garanties complémentaires en cas de pathologies lourdes et de traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie et/ou curiethérapie, le délai de

demande d'assistance est de 30 jours à compter :

- D'une immobilisation au domicile
- De la sortie d'une hospitalisation

Passé ce délai, les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

Pour les garanties décrites aux articles 4.10, 4.12.2, les prestations devront être exécutées dans un délai de 12 mois suivants l'événement.

3.2 INFRACTION

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

3.3 FORCE MAJEURE

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

3.4 EXCLUSIONS

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

- dans des établissements et services psychiatriques, gérontologiques et gériatriques,
- programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques,
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi qu'à leurs conséquences,
- consécutives à une maladie non soudaine et prévisible. Aussi, les altérations de l'état de santé liées au vieillissement ne sont pas considérées comme des maladies.

De même, sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et de la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

3.5 PROLONGATION DES GARANTIES

Lorsque les prestations mises en œuvre et prises en charge par IMA ASSURANCES prennent fin, IMA ASSURANCES propose aux adhérents bénéficiaires qui le souhaitent la prolongation, sous son contrôle, de ces prestations, par la mise en relation avec les intervenants agréés par IMA ASSURANCES. Le montant de ces prestations reste dès lors à la charge du bénéficiaire.

4. GARANTIES

4.1 PRESENCE d'un PROCHE au CHEVET du PATIENT BENEFICIAIRE

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours d'un patient bénéficiaire :

- IMA ASSURANCES organise et prend en charge le déplacement aller - retour d'un proche désigné par le bénéficiaire, en train 1^{ère} classe, bateau, taxi ou avion de ligne, classe économique, à compter du premier jour.
- IMA ASSURANCES organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 100 € pour 2 nuits.

4.2 AIDE-MENAGERE

- ◆ En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES met une aide-ménagère à leur disposition :
 - s'il y a lieu, dès le premier jour afin de venir en aide aux proches demeurant au domicile ;
 - ou à son retour au domicile.
- ◆ En cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES met une aide-ménagère à sa disposition à compter du premier jour. Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 30 jours. Cette garantie peut s'appliquer immédiatement en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint.

4.3 PRISE en CHARGE des ENFANTS* EN CAS D'INDISPONIBILITE DES PARENTS

Lorsque l'hospitalisation de l'adhérent ou de son conjoint ou une immobilisation au domicile de plus de 5 jours ne leur permet pas de s'occuper de leurs enfants*, IMA ASSURANCES organise et prend en charge dès le premier jour de l'événement l'une des garanties suivantes :

- ◆ **Le déplacement d'un proche**
Déplacement aller et retour d'un proche désigné par l'adhérent ou son conjoint pour garder les enfants* au domicile (train 1^{ère} classe, bateau, taxi ou avion de ligne, classe économique).
- ◆ **Le transfert des enfants**
Le voyage aller et retour des enfants* ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, en train 1^{ère} classe, bateau, taxi ou avion de ligne, classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants* par l'un de ses prestataires conventionnés.
- ◆ **La garde des enfants**
Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :
 - le transfert et la garde des enfants* chez une assistante maternelle dans la limite de 30 heures réparties sur un mois à compter de la date de l'événement.
 - s'il y a lieu, la garde des enfants* au domicile par un intervenant autorisé, dans

la limite de 30 heures, réparties sur un mois à compter de la date de l'événement. Cette garantie peut être complétée par l'accompagnement aller et retour des enfants* à l'école.

ET

◆ La conduite à l'école et le retour au domicile des enfants*

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants* au domicile par l'un de ses prestataires, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions.

Cette garantie peut s'appliquer immédiatement en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint.

** pour les enfants et petits-enfants de moins de 18 ans*

4.4 GARDE des ENFANTS* EN CAS DE MALADIE SOUDAINE ET IMPREVISIBLE OU D'ACCIDENT CORPOREL

En cas de maladie soudaine et imprévisible ou d'accident entraînant une immobilisation de plus de 2 jours des enfants* au domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge dès le 1^{er} jour de l'événement :

◆ Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller et retour d'un proche désigné par l'adhérent ou son conjoint au chevet de l'enfant*, en taxi, train 1^{ère} classe ou avion classe économique.

◆ La garde des enfants

Dans l'hypothèse où la précédente garantie ne trouverait à s'appliquer, la garde des enfants* malades ou accidentés, dans la limite de 30 heures réparties sur un mois à compter de la date de la maladie ou de l'accident, selon la situation.

** pour les enfants et petits-enfants de moins de 18 ans*

4.5 ECOLE à DOMICILE

Si, à la suite d'un accident corporel ou d'une maladie soudaine et imprévisible, l'enfant** de l'adhérent est immobilisé au domicile pour une durée de plus de 2 semaines, IMA ASSURANCES organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire. Il s'agit de cours particuliers dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), donnés au domicile de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires et jours fériés.

*** sans limite d'âge pour la garantie école à domicile*

4.6 EN CAS DE SEJOUR PROLONGE EN MATERNITE

En cas de séjour de plus de 8 jours en maternité, la bénéficiaire bénéficie des garanties d'aide-ménagère (Art. 4.2) et de prise en charge des enfants (Art.4.3).

4.7 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS EN CAS D'INDISPONIBILITE DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

En cas d'hospitalisation de l'adhérent ou de son conjoint, ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours, et lorsque ses ascendants ou toute personne dépendante vivant au domicile ne peuvent se prendre en charge, IMA ASSURANCES organise et assume les coûts :

- du déplacement aller et retour d'un proche, désigné par l'adhérent ou son conjoint, susceptible de s'en occuper au domicile (billet de train 1^{ère} classe, bateau, taxi ou avion de ligne, classe économique)

OU

- de leur déplacement aller et retour au domicile d'un proche désigné par l'adhérent ou son conjoint, en train 1^{ère} classe, bateau, taxi ou avion de ligne, classe économique,

OU

- de leur garde à domicile dans la limite de 30 heures, réparties sur un mois à compter de la date de l'événement.

Cette garantie peut s'appliquer immédiatement en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint.

4.8 TRANSFERT ET GARDE d'ANIMAUX DOMESTIQUES

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux domestiques vivant au domicile, dans la limite de 30 jours.

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

Cette garantie peut s'appliquer immédiatement en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

4.9 SERVICES DE PROXIMITE

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours d'un patient bénéficiaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge sur une période d'un mois les garanties suivantes :

❖ Livraison de médicaments

Lorsque le bénéficiaire est immobilisé à son domicile pendant plus de 5 jours et que ni lui ni l'un de ses proches ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA ASSURANCES se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche de son domicile et de les lui livrer. Le prix des médicaments demeure à la charge du bénéficiaire.

❖ Portage d'espèces

Lorsque le bénéficiaire immobilisé à son domicile pendant plus de 5 jours ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- son transport aller/retour à son établissement bancaire,
- ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires agréés, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA ASSURANCES dans un délai d'un mois.

❖ Portage de repas

Lorsque le bénéficiaire immobilisé à son domicile pendant plus de 5 jours n'est pas en mesure de préparer lui-même ses repas ou de les faire préparer par son entourage, IMA ASSURANCES organise et prend en charge une livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas* (au choix du bénéficiaire) répartie sur un mois.

Notre solution de portage de repas permet au bénéficiaire, lors de sa commande, de trouver une écoute pour l'aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en

sodium, hypocalorique). Il lui sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons. Le prix des repas demeure à la charge du bénéficiaire.

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

❖ Livraison de courses

Lorsque le bénéficiaire est immobilisé à son domicile pendant plus de 5 jours, et que ni lui, ni son entourage ne sont en mesure de faire les courses, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- son transport –aller/retour- au centre commercial le plus proche de son domicile
- ou bien les frais de livraison d'une commande par semaine, dans la limite de 4 semaines.

❖ Coiffure à domicile

Lorsque le bénéficiaire, immobilisé à son domicile pendant plus de 5 jours, souhaite bénéficier d'une prestation de coiffure, IMA ASSURANCES organise et prend en charge les frais de déplacements d'un coiffeur à son domicile dans le mois suivant son immobilisation.

Le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge du bénéficiaire.

4.10 ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas d'événements traumatisants, tels qu'un accident, une agression, une pathologie lourde, un cancer, un décès, un licenciement, affectant le bénéficiaire dans le cadre de sa vie privée ou professionnelle, IMA ASSURANCES organise et prend en charge pour l'adhérent ou son conjoint, selon la situation :

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien.
- et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les prestations doivent être exécutées dans un délai de un an à compter de la date de survenance de l'événement.

4.11 CONSEIL SOCIAL

- En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical, d'une pathologie lourde, selon la liste établie dans les définitions,
- En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical, d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie et/ou curiethérapie,

Suite à l'aggravation, dûment justifiée par un certificat médical, d'une pathologie mentionnée ci-dessus, IMA ASSURANCES met en relation le bénéficiaire avec un Travailleur Social (titulaire du diplôme de Conseiller en Economie Sociale et Familiale) ou un Assistant social et prend en charge de 1 à 5 entretiens téléphoniques par foyer. Ce service est accessible du lundi au vendredi de 9h à 19h pour une durée d'un an à compter de la date du premier appel.

La fonction de ce service est d'apporter des réponses à l'adhérent en s'appuyant sur l'analyse des difficultés de vie quotidienne, ou les attentes des personnes dans les domaines de la vie personnelle, familiale, sociale, professionnelle et économique.

Le Travailleur Social (titulaire du diplôme de Conseiller en Economie Sociale et Familiale) ou l'Assistant social s'appuie sur une approche globale de la personne afin de prendre en compte sa ou ses problématiques. Il doit être en capacité d'écouter pour identifier les priorités et faire des préconisations.

Sa mission lui permet d'informer le bénéficiaire :

- sur les avantages/inconvénients des différents modes d'intervention (aide à domicile...) et leurs coûts,
- sur les aides financières existantes et les démarches à réaliser,
- sur l'ensemble des prestations et des droits sociaux suite à une situation de dépendance.

4.12 GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS DE PATHOLOGIE NECESSITANT UN TRAITEMENT PAR RADIOTHERAPIE, CHIMIOTHERAPIE, TRITHERAPIE, QUADRITHERAPIE ET/OU CURIETHERAPIE POUR L'ADHERENT OU SON CONJOINT

4.12.1. Aide-ménagère

En cas de nécessité de traitement médical entraînant des séances de radiothérapie, de chimiothérapie, trithérapie, quadrithérapie et/ou curiethérapie en établissement hospitalier ou à domicile, IMA ASSURANCES met à la disposition de l'adhérent ou de son conjoint une aide-ménagère. Cette garantie est accordée pendant la durée du traitement, dans la limite de 30 heures, selon la situation.

Les garanties relatives à la prise en charge des enfants de moins de 18 ans (Art. 4.3) et à la prise en charge des ascendants (Art. 4.7) ou des personnes dépendantes vivant au domicile sont également applicables.

4.12.2. Coaching Sportif

En cas de cancer diagnostiqué de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES met à leur disposition un service de coaching sportif à solliciter dans les 12 mois suivant l'événement.

Cette prestation débute par un bilan physique à domicile à l'issue duquel un document de synthèse sera remis au bénéficiaire. Il récapitule les préconisations du coach ainsi que son programme individualisé d'activités physiques. Dans le cadre de ce programme individualisé, IMA ASSURANCES prendra également en charge jusqu'à 12 séances d'activités physiques à domicile sur une durée maximale de 3 mois.

4.13 TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

En cas de nécessité, IMA ASSURANCES se charge de transmettre des messages urgents à la famille du bénéficiaire.

4.14 EN CAS DE DECES

◆ Obsèques

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, IMA ASSURANCES peut assister la famille dans l'organisation des obsèques et faire l'avance des frais y afférents. La somme avancée sera remboursable dans un délai de 30 jours.

◆ Informations

A la suite du décès d'un bénéficiaire, IMA ASSURANCES peut apporter toutes les informations utiles aux proches vivants au domicile (dispositions à prendre, démarches relatives aux dons d'organes, à la crémation, à la succession ...).

4.15 GARANTIES MEDICALES

◆ Conseils médicaux

Hors urgence médicale et en l'absence du médecin traitant, des conseils médicaux, liés à un accident corporel ou à une maladie, peuvent être prodigués par les médecins d'IMA ASSURANCES. Ces conseils ne pourront cependant pas être considérés comme des consultations médicales.

◆ Recherche d'un médecin

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que **l'événement ne relève pas de l'urgence**, IMA ASSURANCES peut aider le bénéficiaire à rechercher un médecin.

◆ Recherche d'une infirmière

De la même façon IMA ASSURANCES peut, sur prescription médicale, aider le bénéficiaire à rechercher une infirmière.

◆ Recherche d'intervenants paramédicaux

En dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, IMA ASSURANCES peut assister le bénéficiaire en difficulté dans sa recherche d'intervenants paramédicaux.

◆ Transport en ambulance

Hors urgence médicale, IMA ASSURANCES organise, sur prescription médicale, le transport du bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté. Si son état de santé le nécessite, IMA ASSURANCES organise son retour au domicile par l'un de ces moyens. Les frais de transport demeurent à la charge du bénéficiaire. Ils sont remboursés dans les conditions légales et réglementaires de la Sécurité Sociale et la mutuelle.

4.16 PREVENTION DES TROUBLES MUSCULO-SQUELETIQUES (TMS)

A tout moment, afin d'aider l'adhérent ou son conjoint souhaitant obtenir des informations sur la prévention des TMS, IMA ASSURANCES organise et prend en charge un bilan téléphonique réalisé par un ergothérapeute avec remise de préconisations.

Cette garantie est limitée à un bilan par an.

Cette prestation, basée sur **une approche plurifactorielle des facteurs de risques**, consiste :

1 - En un recueil de données via un bilan téléphonique

Lors de l'échange téléphonique, l'ergothérapeute présentera globalement la démarche au bénéficiaire et procèdera à un recueil de données via des outils dédiés. Ce recueil concernera tant les caractéristiques individuelles de la personne que son environnement de travail, le contexte,... : description du poste, tâches effectuées, rythme et cadences, facteurs biomécaniques, contraintes horaires,... L'objectif est d'apporter un premier niveau de sensibilisation et d'information sur les troubles musculo-squelettiques et leurs conséquences

2 - En l'envoi d'un document de synthèse faisant un état de propositions et solutions pratiques pour le bénéficiaire.

Ce document proposera une synthèse du recueil de données, une analyse, et la proposition de mesures correctrices et solutions pratiques parmi lesquelles on retrouve les outils et équipements, le rappel des bonnes postures ou des bons gestes, les exercices à réaliser, une orientation vers un professionnel ou une structure,...

4.17 PREVENTION DU STRESS AU TRAVAIL

A tout moment, afin d'aider les bénéficiaires (l'adhérent ou son conjoint) qui rencontrent une situation professionnelle génératrice de stress ou de mal-être (conflits avec le public, un collègue ou un supérieur hiérarchique, surcharge de travail, difficulté à concilier vie professionnelle/vie personnelle ...) et qui souhaitent bénéficier d'un soutien pour y faire face, IMA ASSURANCES organise et prend en charge jusqu'à 5

entretiens téléphoniques par an et par bénéficiaire avec un psychologue clinicien.

Le psychologue réalise une écoute professionnelle, non orientée et non interventionniste en gardant distance et neutralité.

Le bénéficiaire peut notamment aborder avec le psychologue, dans le cadre de ces entretiens, la situation vécue, les difficultés rencontrées, les conséquences sur sa santé.

Il peut réfléchir avec le psychologue sur les sources de son stress et de son mal-être, ses difficultés pour y faire face et envisager d'éventuelles actions pour faire face et mieux vivre la situation rencontrée.

L'entretien téléphonique vise également à orienter le bénéficiaire vers des professionnels de santé (psychiatre, psychologue spécialisé) ou une association... si le psychologue le juge nécessaire.

4.18 INFORMATIONS ADMINISTRATIVES, SOCIALES, JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE

Afin d'aider les bénéficiaires souhaitant obtenir des informations à caractère général, IMA ASSURANCES s'efforce d'orienter les appelants vers les services appropriés, ou de rechercher et communiquer par téléphone les informations suivantes, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés :

- **famille** : régimes matrimoniaux - grossesse, naissance – adoption – filiation – nationalité - incapables mineurs, majeurs - ascendants à charge – divorce - pension alimentaire hors divorce - prestations familiales - PACS

- **enseignement** : établissements scolaires - séjours linguistiques - aides financières pour scolaires, étudiants – téléenseignement - orientation pédagogique - université

- **santé** : don du sang ou d'organes - dossiers médicaux - médecine scolaire - responsabilité médicale, paramédicale - sécurité sociale

- **droit du travail** : fonction publique - accidents du travail - travail temporaire - travail à domicile - les contrats de travail - travail à temps partiel – licenciement - chômage

- **formation** : congé individuel de formation - contrat de qualification - contrat d'orientation- stages

- **retraite** : retraite de base et/ou complémentaire - modalités de départ – réversion – prérétraite - travail pendant la retraite - prestations familiales - aides sociales

- **succession** : donations - héritiers réservataires – testament - succession sans testament - droits du conjoint survivant

- **fiscalité, administration** : impôts – administration - traitements et salaires - primes et indemnités - revenus fonciers - plus-values - charges déductibles – déclarations - impôts locaux – paiements – contrôles - réclamations

- **justice** : auxiliaires de justice - comment obtenir une aide juridique - juridictions pénales - juridictions civiles - juridictions administratives

- **habitation, logement** : baux d'habitation – contrats - accession à la propriété - acte de construire - achat ou vente d'un bien immobilier – copropriété - autres demandes liées à la propriété - permis de construire, formalités - certificat de conformité - contrats de construction - rénovation (artisans) - garantie de bon fonctionnement / biennale/décennale - litiges de chantiers - relations de voisinage

- **location** : contrat de location - locations meublées - locations saisonnières - location d'immeuble – loyer - travaux, réparations – bail - fin du bail et ses conséquences - contestations et litiges

- **banque / crédit** : cartes bancaires – chèques - autres moyens de paiement - incidents d'utilisation (perte, vol) – opposition – découverts - crédit : fonctionnement, différentes sortes de crédit, litiges - placements

- **consommation** : litiges avec un commerçant, une entreprise, un artisan - litiges avec un prestataire de services : agence de voyages, hôtel, restaurant, pressing, teinturerie, déménageurs, vendeurs d'ordinateurs, de téléphones mobiles

- **automobile** : vente, achat à un professionnel ou un particulier - vices cachés – location - contrôle technique - carte grise - garagistes : responsabilité, entretien, factures - permis de conduire : points, suspension - documents administratifs

- **vie pratique** : enseignement, formation - formalités, cartes, permis - relations avec l'administration

- **vacances à l'étranger** : vaccinations – formalités - visas.

Notice d'information

Action Sociale

Par délégation du conseil d'administration, la commission peut dans le cadre du budget voté annuellement par l'assemblée générale d'Intériale (« la Mutuelle »), accorder aux membres participants ou à leurs ayants droit, sur justification de ressources, des aides et secours liés à la santé, des aides liées à l'installation et à la mutualisation, ainsi que des aides et secours divers.

CHAPITRE 1 - AIDES ET SECOURS LIÉS À LA SANTÉ

Article 1 - Secours « solidarité santé »

Le secours « solidarité santé » est accordé dans le cadre d'une aide à l'accès à des soins de santé et dans le respect des dispositions du contrat responsable.

Le secours « solidarité santé » peut être accordé par la commission pour permettre de faire face à une dépense importante et urgente commandée par l'état de santé du membre participant ou de ses ayants droit, et qui ne peut être couverte en temps opportun par les disponibilités financières de la famille.

Il ne peut être utilisé à d'autres fins que celles pour laquelle il est accordé, pas plus qu'il ne peut servir à conserver ou à reconstituer une épargne.

Le membre participant, pour lui ou ses ayants droit, peut en faire la demande écrite accompagnée des justificatifs des dépenses (factures acquittées, décomptes, etc.).

La commission se réunit et statue sur le dossier. Le montant du secours alloué par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire.

Article 2 - Micro-prêt santé (Partenariat CMP Banque)

CMP Banque permet aux membres participants de la Mutuelle à faibles revenus ou en situation difficile, de bénéficier de prêts destinés à financer des dépenses importantes et urgentes commandées par l'état de santé des membres participants et qui ne peuvent être couvertes par les disponibilités financières de la famille.

Ces prêts sont accordés par CMP Banque et sont d'un montant minimum de 600 € et pouvant aller jusqu'à 4.500 €, d'une durée minimum de 6 mois et maximum de 48 mois.

La Mutuelle, dans le cadre de son action de solidarité, prend en charge tout ou partie des frais de dossiers.

Article 3 – Aide-ménagère

Le service d'aide-ménagère est ouvert au bénéfice des membres participants retraités et leurs ayants droit retraités, dont le maintien à domicile ou le placement en foyer, logement ou maison de retraite exige la présence d'une aide-ménagère.

Le montant de l'aide est déterminé par la commission en fonction des ressources. Le montant de l'aide alloué par la commission est réglé par virement bancaire, après présentation des factures acquittées.

Le niveau des plafonds de ressources est déterminé annuellement par le Conseil d'administration.

Article 4 - Secours « solidarité handicap » pour l'aménagement de résidence principale ou de véhicule et aide liée au handicap

Le secours « solidarité handicap » peut être accordé au membre participant par la Mutuelle pour l'aménagement du logement ou d'un véhicule (matériel médical ou informatique, aménagement d'une pièce à vivre, etc.).

Le membre participant, pour lui ou ses ayants droit vivant au foyer, ou le cas échéant, son représentant légal, doit au préalable constituer un dossier auprès du Conseil Général, Conseil Régional ou Caisse de Sécurité sociale puis adresser sa demande à la Mutuelle accompagnée de la réponse des organismes sollicités.

Le montant du secours est fixé par la Mutuelle après étude du dossier complet.

Le secours accordé par la Mutuelle vient en complément total ou partiel des aides déjà versées par les organismes mentionnés ci-dessus.

Le montant du secours sera réglé par virement bancaire ou similaire.

La Mutuelle peut également décider la prise en charge du forfait journalier des enfants en situation de handicap hospitalisés dans des établissements spécialisés.

Pour les enfants ayants droit en situation de handicap, une participation à leurs frais de séjours dans un centre de vacances spécialisé ou à un séjour d'intégration peut aussi être accordée.

CHAPITRE 2 - AIDES A LA MUTUALISATION

Par délégation du Conseil d'administration, la commission peut, au titre de son action sociale et dans le cadre du budget voté annuellement par l'Assemblée générale, prendre en charge tout ou partie du montant de la cotisation des membres participants.

Article 5 - Cotisation des membres participants relevant de l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

Les membres participants relevant de l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, dont la date de prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle et la date d'affection sont antérieures au 31 décembre 2005, peuvent bénéficier d'une réduction de cotisation de 40 %.

Pour bénéficier de cette réduction, le membre participant doit en faire la demande expresse par écrit auprès de la Mutuelle, accompagnée des documents justificatifs.

Cette réduction de cotisation n'est pas cumulable avec d'autres réductions de cotisations.

Article 6 - Cotisation des enfants ayants droit orphelins ou handicapés

I. Cotisation des enfants ayants droit orphelins

La Mutuelle ne perçoit pas de cotisation pour les enfants ayants droit orphelins visés à l'article 11.2-2 a) et b) des Statuts de la Mutuelle.

II. Cotisation des enfants ayants droit handicapés

Les enfants handicapés inscrits en la qualité d'ayants droit tels que définis à l'article 11-1 des Statuts bénéficient d'une réduction de cotisation de 50 % au delà de 25 ans sur la base de la cotisation enfant de son âge.

Cette réduction de cotisation n'est pas cumulable avec d'autres réductions de cotisations.

Article 7 - Cotisations des membres participants veufs ou veuves titulaires d'une pension de réversion

Les membres participants, veufs ou veuves, qui ont pour seule ressource la pension de réversion de leur ex-conjoint(e) dont le montant annuel déclaré au titre de l'impôt sur le revenu est supérieur au plafond de l'Aide à la Complémentaire Santé, et inférieur ou égal à 11 600,00 €, bénéficient d'une réduction de la cotisation de 20 %.

Pour bénéficier de cette réduction de cotisation, le membre participant doit en faire la demande expresse par écrit auprès de la Mutuelle.

Le membre participant doit joindre à sa demande l'avis d'imposition (ou de non imposition) sur le revenu, ainsi que le titre de pension.

La demande doit être renouvelée avant le 1er octobre de chaque année et ne peut prendre effet qu'au 1er janvier suivant la réception des documents ci-dessus visés.

Cette réduction de cotisation n'est pas cumulable avec d'autres réductions de cotisations.

Article 8 - « Solidarité indiciaire »

Lorsque la modestie de leurs ressources les place dans une situation susceptible de porter atteinte à leur dignité, les membres participants peuvent bénéficier d'une exonération totale ou partielle de la cotisation afférente à la Garantie frais de santé.

La « solidarité indiciaire » est au maximum de 12 mois. Le membre participant doit en faire la demande expresse chaque année par écrit auprès de la Mutuelle.

Le membre participant doit joindre à sa demande la copie de son avis d'imposition (ou de non imposition) sur le revenu, une copie de son bulletin de salaire ou du titre de pension ainsi qu'une attestation sur l'honneur précisant le nombre de personnes qu'il a à sa charge et le montant du revenu brut annuel du foyer fiscal au titre de l'année précédant la demande.

Article 9 - Cotisation due au titre des contrats « rente survie »

Lorsque la situation matérielle d'enfants en situation de handicap est de nature à aggraver leur affliction, la Mutuelle peut décider la prise en charge de tout ou partie de la fraction de la cotisation incombant au membre participant au titre du contrat rente survie proposé par MFP sous le numéro 7452 A et du contrat fermé « rente survie enfance handicapée » proposée par Intériale Prévoyance.

CHAPITRE 3 - AIDES REMBOURSABLES LIEES A L'INSTALLATION

CMP Banque permet aux membres participants de la Mutuelle de bénéficier d'aides remboursables dans le cadre d'une installation.

Article 10 - Micro-prêt installation (Partenariat CMP Banque)

CMP Banque permet aux membres participants de la Mutuelle de bénéficier de prêts destinés à financer la caution locative, le dépôt de garantie, les frais de déménagement, l'achat de meubles, d'électroménager, etc. dans le cadre d'une installation.

Ces prêts sont d'un montant minimum de 600 euros pouvant aller jusqu'à 2.700 euros, d'une durée minimum de 6 mois et maximum de 36 mois.

La Mutuelle, dans le cadre de son action de solidarité, prend en charge tout ou partie des frais de dossiers.

CHAPITRE 4 - AIDES ET SECOURS DIVERS

Article 11 - Soutien aux enfants déscolarisés

L'aide de soutien aux enfants déscolarisés peut être accordée par la Mutuelle lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies : l'un des enfants du Membre Participant ou de son conjoint, concubin, pacsé ayant droit de la mutuelle, âgé de 6 ans à 16 ans et inscrit en qualité d'ayant droit du Membre participant auprès de la mutuelle, ne peut être scolarisé du fait d'une affection longue durée reconnue, pendant une période minimum de 15 jours continus au cours de l'année scolaire.

Le maximum de cette aide est de 500 € par année scolaire et par enfant.

Cette aide est exclusivement destinée à permettre à l'enfant de bénéficier d'un soutien scolaire à domicile ou sur son lieu d'hospitalisation.

Le membre participant doit joindre à sa demande un certificat médical mentionnant qu'il s'agit bien d'une affection longue durée reconnue, et que l'enfant est dans l'impossibilité d'être scolarisé pendant une période dont la durée doit être précisée sur le certificat médical.

Article 12 - Secours « intervention de police »

Le secours « intervention de police » est accordé par la Mutuelle lorsqu'un membre participant, agent du Ministère de l'Intérieur, au cours de son service et dans le cadre d'une intervention de police de maintien de l'ordre ou au cours d'une émeute, a été blessé et que cette blessure a entraîné son hospitalisation pendant plus de 24 heures. Le montant maximum pouvant être accordé au titre du secours est de 500€ par an.

Le membre participant doit joindre à sa demande :

- Une attestation sur l'honneur certifiant que la blessure a été causée au cours du service et au cours d'une émeute ou du maintien de l'ordre,
- Tout justificatif justifiant de la survenance de la blessure au cours de l'émeute ou du maintien de l'ordre,
- Une attestation d'hospitalisation.

Article 13 - Secours « intervention de police municipale »

Le secours « intervention de police municipale » est accordé par la Mutuelle lorsqu'un membre participant, agent de la police municipale, au cours de son service et dans le cadre d'une intervention de police de maintien de l'ordre ou au cours d'une émeute, a été blessé et que cette blessure a entraîné son hospitalisation pendant plus de 24 heures.

Le montant maximum pouvant être accordé au titre du secours est de 500 € par an.

Le membre participant doit joindre à sa demande :

- Une attestation sur l'honneur certifiant que la blessure a été causée au cours du service et au cours d'une émeute ou du maintien de l'ordre,
- Tout justificatif justifiant de la survenance de la blessure au cours de l'émeute ou du maintien de l'ordre,
- Une attestation d'hospitalisation.

Article 14 - Secours « intervention Sapeur-pompier professionnel »

Le secours « intervention Sapeur-pompier professionnel » est accordé par la Mutuelle lorsqu'un membre participant, au cours de l'exercice de sa mission de sapeur-pompier professionnel (intervention de secours aux personnes, incendie...) a été blessé et que cette blessure a entraîné son hospitalisation pendant plus de 24 heures.

Le montant maximum pouvant être accordé au titre du secours est de 500 € par an.

Le membre participant doit joindre à sa demande :

- Une attestation sur l'honneur certifiant que la blessure a été causée au cours de la mission de sapeur pompier professionnel,
- Tout justificatif justifiant de la survenance de la blessure au cours de la mission de sapeur pompier professionnel,
- Une attestation d'hospitalisation.

Article 15 - Secours « dépendance »

Le secours dépendance peut être accordé par la Mutuelle aux membres participants et à leurs conjoints non couverts ou non indemnisés par un contrat dépendance distribué par la mutuelle Intériale, et classés dans un GIR allant de 1 à 3 inclus et ce en application de la grille AGGIR.

La commission se réunit, statue sur le dossier et fixe le montant de l'aide financière.

Article 16 - Secours exceptionnel

Une allocation exceptionnelle peut être attribuée au membre participant par la Mutuelle en cas de circonstances difficiles exceptionnelles (décès d'un enfant, intempéries, etc.). Une allocation exceptionnelle peut aussi être attribuée aux ayants droit d'un membre participant de moins de 20 ans en cas de décès de celui-ci.

La Mutuelle statue sur le dossier.

Le montant du secours alloué par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire, étant précisé qu'en cas de décès d'un membre participant de moins de 20 ans ou d'un enfant ayant droit de moins de 20 ans, le maximum pouvant être alloué est de 1.200 €.

Article 17 - Micro-prêt social (Partenariat CMP Banque)

CMP Banque permet aux membres participants de la Mutuelle à faibles revenus ou en situation difficile, de bénéficier de prêts destinés à financer des projets de vie dans un cadre social ou des dépenses liées à des intempéries qui ne peuvent être couvertes par les disponibilités financières de la famille.

Ces prêts sont accordés par CMP Banque et sont d'un montant minimum de 600 euros pouvant aller jusqu'à 4.000 euros, d'une durée minimum de 6 mois et maximum de 36 mois.

La Mutuelle, dans le cadre de son action de solidarité, prend en charge tout ou partie des frais de dossiers.

Article 18 - Restructuration du budget de la famille (Partenariat CMP Banque)

CMP Banque permet aux membres participants de la Mutuelle de bénéficier de prêts destinés à réaménager le budget de la famille.