



Mutuelle d'Ouest-France

Notice d'information

Garanties de frais de santé

Contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire

Ensemble du personnel

Mise à jour : 01/01/2025

Mutuelle d'Ouest-France,

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 390 730 893, dont le siège social est 10 rue du Breil 35051 RENNES CEDEX 9



MUTUELLE D'OUEST-FRANCE

Sommaire

Chapitre 1 • Dispositions générales

Article 1 • Objet de la présente notice

Article 2 • Risques couverts

Article 3 • L'adhésion individuelle à la mutuelle

- 3.1 Catégorie éligible
- 3.2 Bénéficiaires des garanties
- 3.3 Garantie des ayants droit de l'adhérent
- 3.4 Prise d'effet de l'adhésion à la souscription du contrat
- 3.5 Prise d'effet de l'adhésion en cours de contrat
- 3.6 Durée de l'adhésion

Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion

- 4.1 Nouveaux bénéficiaires
- 4.2 Autres modifications

Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité

- 5.1 A l'initiative de l'adhérent
- 5.2 A l'initiative de la mutuelle
- 5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Article 6 • Maintien de couverture

Chapitre 2 • Garanties frais de santé

Article 7 • Cadre général

- 7.1 Contrats solidaires et responsables
- 7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties
- 7.3 Base de remboursement
- 7.4 Tiers payant
- 7.5 Pluralité de garanties de frais de santé
- 7.6 Limites de remboursement
- 7.7 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés
- 7.8 Non prise en charge de certaines prestations
- 7.9 Déchéances des droits de prestations en cas de fraude

Article 8 • Versement des prestations

- 8.1 Règlement des prestations
- 8.2 Contrôle

Chapitre 3 • Garanties autres que santé

Article 9 • Garanties assistance

Article 10 • Service téléconsultation sans rendez-vous Maïia

Article 11 • Commission d'entraide et bénéficiaires

Chapitre 4 • Cotisations

Article 12 • Détermination et mode de calcul de la cotisation

Article 13 • Evolution de la cotisation

- 13.1 Révision de la cotisation
- 13.2 Revalorisation

Article 14 • Paiement de la cotisation

- 14.1 Règlement de la cotisation
- 14.2 Incident de paiement
- 14.3 Non-paiement de la cotisation

Chapitre 5 • Dispositions diverses

Article 15 • Couverture des accidents

15.1 Recours subrogatoire

15.2 Déclaration d'accident

15.3 Tiers payant en cas d'accident

Article 16 • Prescription

Article 17 • Élection de domicile

Article 18 • Échanges de données informatisées

Article 19 • Autorité de contrôle

Article 20 • Réclamations et médiation

Article 21 • Lutte contre le blanchiment des capitaux

Article 22 • Protection des données à caractère personnel

Annexes

[Annexe 1 • Tableau des garanties](#)

[Annexe 2 • Notice Assistance](#)

[Annexe 3 • Document d'information préalable](#)

Chapitre 1 • Dispositions générales

Article 1 • Objet de la présente notice

Cette notice constitue un document d'information destiné à éclairer l'adhérent sur les principales dispositions du contrat collectif de complémentaire santé.

Votre entreprise vous a remis la présente notice d'information et les statuts de la Mutuelle. Ces documents, rédigés par la Mutuelle, ont pour objet de définir les engagements contractuels existants entre votre entreprise, la Mutuelle et vous-même. La notice d'information précise les prestations prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur, les limitations de garanties ainsi que les formalités à accomplir.

Si des modifications sont apportées à vos droits et obligations, un avenant à la notice d'information ou une nouvelle notice d'information, établi(e) par la Mutuelle, vous sera remis(e) par votre entreprise.

Article 2 • Risques couverts

Les garanties de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

Article 3 • L'adhésion à la mutuelle

Adhésion du salarié

Le salarié indique sur le bulletin d'affiliation avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites et reconnaît avoir pris connaissance des Statuts. L'adhérent doit également fournir le RIB du compte sur lequel il souhaite que les prestations soient versées.

La procédure d'adhésion est réalisée de façon dématérialisée, par voie électronique.

La Mutuelle notifiera au Membre Participant la carte mutuelle et l'échéancier le cas échéant qui préciseront, pour l'ensemble des personnes protégées (Membre Participant et le cas échéant le(s) Ayant(s) Droit), la date de prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle et le niveau des garanties.

Le ou les courriers pourront éventuellement être transmis par voie électronique, si le Membre Participant en a donné son accord sur le bulletin d'affiliation. Le Membre Participant peut, à tout moment, s'opposer à l'utilisation par la Mutuelle de la voie électronique et demander à ce qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite des relations contractuelles.

L'ajout d'un concubin, d'un enfant

Pour inscrire un ayant droit sur le contrat Santé, l'adhérent doit compléter un bulletin de modification et l'envoyer à la Mutuelle accompagné des pièces suivantes :

- une copie de l'attestation de droits à l'Assurance maladie sur laquelle figure l'enfant ;
- une copie de l'extrait d'acte de naissance
- une copie du livret de famille pour le mariage, ou d'une attestation sur l'honneur dans les autres cas ;

À réception du dossier complet, nous vous adresserons une nouvelle carte de tiers payant actualisée.

La Mutuelle peut être amenée à recueillir des coordonnées téléphoniques d'un Membre Participant ou d'un Ayant droit. En application de l'article L.223-1 du code de la Consommation, il est rappelé que la personne qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique (liste BLOCTEL) sur le site www.bloctel.gouv.fr.

3.1 Catégorie éligible

L'adhésion au contrat est réservée aux salariés appartenant aux sociétés du Groupe SIPA Ouest France, dès lors que l'entité concernée aura souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle d'Ouest-France.

L'adhésion donne la qualité de membre participant, dénommé ci-après adhérent de la mutuelle.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le souscripteur doit affilier au contrat l'ensemble des salariés, à l'exception des cas de dispense définis par le décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 ou des cas admis et mentionnés dans l'acte de mise en place du régime de protection sociale. Si un salarié souhaite bénéficier de la dispense d'affiliation, il doit en exprimer la demande et fournir le justificatif de dispense **au service rémunérations dans le mois de l'embauche. Au-delà de ce délai, la demande de dispense sera prise en compte au premier jour du mois suivant la date à laquelle elle est portée à la connaissance du service rémunérations.**

Quand l'objet de la dispense n'existe plus, le salarié doit adhérer.

3.2 Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'affiliation et couvertes par un régime d'Assurance maladie obligatoire français à savoir :

- L'adhérent,
- Les ayants droit suivants à titre facultatif :
 - Les enfants du salarié ou les enfants de la personne liée à l'adhérent par un contrat d'union (mariage, concubinage, pacs) et strictement âgé de moins de 25 ans au 1er janvier de l'année en cours ;
 - Le conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un acte de mariage.L'adhérent justifie de sa situation vis-à-vis de cette personne par la production d'une copie du livret de famille pour le mariage, ou d'une attestation sur l'honneur dans les autres cas.

Sont bénéficiaires des avantages de la mutuelle, les membres participants et les ayants droit des membres participants tels que définis à l'article 6 des statuts.

3.3 Catégorie des bénéficiaires

Les bénéficiaires se répartissent en six catégories :

1. **La catégorie A** comprend les adhérents salariés appartenant aux sociétés du groupe SIPA Ouest-France, dès lors que l'entité concernée aura souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle d'Ouest-France.
2. **La catégorie B** comprend les adhérents salariés en longue maladie ou en invalidité totale, salariés appartenant aux sociétés du groupe SIPA Ouest-France, dès lors que l'entité concernée aura souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle d'Ouest-France.
3. **La catégorie C** comprend les adhérents en congé non rémunéré, salariés appartenant aux sociétés du groupe SIPA Ouest-France, dès lors que l'entité concernée aura souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle d'Ouest-France.
4. **La catégorie D** comprend les adhérents anciens salariés mutualistes des sociétés du groupe SIPA Ouest-France bénéficiant de la portabilité selon la législation en vigueur, dès lors que l'entité concernée aura souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle d'Ouest-France.
5. **La catégorie E** comprend les ayants droit liés à l'adhérent par un contrat d'union (mariage, concubinage ou PACS) non salarié(e)s d'une des sociétés du Groupe SIPA Ouest-France dès lors que l'entité concernée aura souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle d'Ouest-France.
6. **La catégorie F** comprend les ayants droit enfants de l'adhérent ou les enfants de la personne liée à l'adhérent par un contrat d'union (mariage, concubinage, pacs)
 - sans condition, s'ils sont strictement âgés de moins de 18 ans au 1er janvier de l'année en cours ;
 - s'ils sont lycéens, étudiants ou en recherche d'emploi s'ils sont âgés strictement de 18 ans à moins de 25 ans au 1^{er} janvier de l'année en cours ;
 - s'ils sont en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80%, s'ils sont âgés de moins de 25 ans au 1^{er} janvier de l'année en cours.

3.4 Garantie des ayants droit de l'adhérent

La garantie des ayants droit de l'adhérent est identique à celle de l'adhérent.

3.5 Prise d'effet de l'adhésion à la souscription du contrat

Pour les salariés présents à l'effectif du souscripteur et entrant dans la catégorie éligible visée à la présente notice à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à cette même date.

Pour les ayants droit du salarié, l'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant l'adhésion du membre participant.

salarié.

3.6 Prise d'effet de l'adhésion en cours de contrat

Pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à la date d'embauche ou à la date d'entrée dans la catégorie éligible visée à la présente notice.

Pour les ayants droit du salarié, l'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant l'adhésion du membre participant.

3.7 Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat produit ses effets jusqu'à la survenance de l'un des événements de l'article Résiliation à titre exceptionnel.

Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer au souscripteur et/ou à la mutuelle, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner le cas échéant une modification du montant de la cotisation.

4.1 Nouveaux bénéficiaires

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

Bénéficiaires	Date d'effet de la modification
Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption.	Au 1 ^{er} jour du mois de naissance ou d'adoption, sans proratisation de la cotisation, et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les deux mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande (sauf demande particulière de l'adhérent qui sera soumise à l'approbation de la mutuelle).
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité.	Au 1 ^{er} jour du mois de survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification soit faite dans les deux mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande (sauf demande particulière de l'adhérent qui sera soumise à l'approbation de la mutuelle).
Autres bénéficiaires.	Au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

4.2 Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de leur demande par la mutuelle.

4.3 Réadmission de bénéficiaires

Les bénéficiaires de type ayant droit peuvent être réintégrés sur le contrat du membre participant sur simple demande en présentant un certificat de radiation de leur complémentaire santé.

4.4 Pièces justificatives

En cas de modification de la situation familiale et en fonction de l'événement ou en cas de modification de la situation administrative, des justificatifs sont à transmettre à la mutuelle :

- Mariage (copie de l'acte de mariage), pacte civil de solidarité (copie de la fiche d'information relative à l'enregistrement de la déclaration de Pacs), concubinage (attestation de concubinage ou déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins ;
- Naissance (copie de l'acte de naissance), adoption (copie du jugement d'adoption) ;
- Séparation de corps (copie du jugement de séparation de corps) ;
- Divorce (copie du jugement de divorce) ;
- Décès (copie de l'acte de décès adressé par les ayants droit).

En cas de congé parental, congé de formation professionnelle, disponibilité pour tout motif, invalidité, le membre participant

doit fournir tout document pouvant justifier sa nouvelle situation.

Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité

5.1 A l'initiative de l'adhérent

Radiation d'un de ses ayants droit

L'adhérent peut demander la radiation d'un de ses ayants droit sur simple demande écrite.

La demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la mutuelle jusqu'à cette même date.

Résiliation à titre exceptionnel

A titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Résiliation du contrat collectif entre le souscripteur et la mutuelle	Jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat collectif.
Rupture du contrat de travail	La résiliation prend effet à la fin du mois de l'évènement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les deux mois qui suivent cet évènement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Passage dans une catégorie non visée par la présente notice	
Rupture du lien existant entre l'adhérent et le souscripteur	
Bénéfice d'un cas de dispense d'adhésion admis par les réglementations sociale et fiscale	Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de deux mois ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet à la fin du mois du décès sans proratisation de la cotisation.

Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit	La radiation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'évènement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les deux mois qui suivent cet évènement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Attribution de la CSS à l'ayant droit	Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de deux mois ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Décès de l'ayant droit	La résiliation prend effet à la fin du mois du décès sans proratisation de la cotisation.
Autres motifs	La radiation prend effet à la fin du mois de la prise de connaissance par la mutuelle.

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

En cas de résiliation de l'adhérent, ses ayants droit sont automatiquement radiés à la même date.

5.2 A l'initiative de la mutuelle

En cas de non-paiement

La mutuelle peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article Non-paiement de la cotisation.

Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la mutuelle sont nulles 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 l'adhérent 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.

5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou d'exclusion, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à détruire la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la mutuelle dont il bénéficiait dans le cadre de son adhésion à celle-ci.

Article 6 • Maintien de couverture

Maintien loi Evin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 dite loi Evin du 31 décembre 1989, peuvent dans les cas visés ci-après demander le maintien auprès de la mutuelle de la couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, s'ils sont mutualistes des sociétés du groupe SIPA Ouest-France, dès lors que l'entité concernée aura souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle d'Ouest-France, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient de la portabilité des droits définie ci-après ;
- les personnes garanties du chef de l'adhérent salarié décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif, la mutuelle peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux, sous réserve que l'adhérent salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat.

Personnel en suspension de contrat de travail indemnisée

Les adhérents en suspension de contrat de travail qui ont fait l'objet d'une suspension de leur adhésion au contrat peuvent bénéficier d'un maintien facultatif des garanties pendant le temps de suspension de leur contrat de travail. L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période :

- Soit d'un maintien, total ou partiel de salaire,
- Soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par la société, qu'elles soient versées directement par la société ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, ou de rentes d'invalidité financées au moins en partie par la société,
- Soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (congé de reclassement et de mobilité).

Dans une telle hypothèse, la société verse une contribution calculée selon les règles applicables à la catégorie dont relève le salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. L'adhérent règle sa part des cotisations par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal.

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Personnel en suspension de contrat de travail non indemnisée

Le présent régime est également maintenu, sans participation employeur, au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu sans indemnisation par l'employeur. (Exemple : congé sans solde, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, etc...).

Pour ce faire, le salarié est tenu d'adresser à l'organisme assureur, dans les cinq jours suivants la suspension de son contrat, son RIB ainsi qu'une autorisation de prélèvement de sa cotisation ou règlement par chèque.

Les modalités de calcul des cotisations diffèrent de celles des salariés. Veuillez-vous reporter au chapitre « Cotisations » de la présente notice.

Portabilité des droits des anciens salariés adhérents au contrat

Les dispositions de l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale (Loi n°2013-504 du 14 juin 2013) imposent au Souscripteur de proposer un maintien des garanties du Contrat aux salariés relevant de la catégorie éligible dont le contrat de travail a été rompu. A compter de cette rupture, la durée du maintien de garantie doit être égale à celle du dernier contrat de travail, y compris ses éventuelles prolongations, et ce dans une limite maximale de 12 mois.

Afin de permettre le respect des dispositions légales susmentionnées, les anciens salariés bénéficiaires peuvent rester adhérents au Contrat durant le temps de leur droit à portabilité. La garantie pour les anciens salariés bénéficiaires est maintenue dans le cadre d'un système de mutualisation avec les cotisations des salariés adhérents au Contrat. Le système de mutualisation conduit à n'appeler aucune cotisation auprès des anciens salariés bénéficiaires durant leur période de maintien. Quant au conjoint(e), il/elle devra s'acquitter du montant de sa cotisation par prélèvement automatique sur son compte bancaire.

A l'expiration de la période convenue de portabilité, la Mutuelle procédera à la résiliation de l'adhérent. Cette résiliation interviendra le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de cessation du droit.

En cas de perte anticipée du droit à portabilité, la Mutuelle procédera à la résiliation de l'adhérent et de ses ayants droit éventuels. Cette résiliation interviendra le 1^{er} jour du mois civil suivant la perte du droit.

Départ à la retraite

Lors de son départ en retraite, le participant pourra, sur demande écrite, continuer à bénéficier de la mutuelle avec les mêmes garanties proposées par la mutuelle dans le cadre de la loi Evin.

La mutuelle pourra également proposer une garantie spécifique aux retraités selon leurs besoins. Pour en bénéficier, l'adhérent devra avoir eu la qualité de membre participant à la Mutuelle d'Ouest-France dans les cinq années précédant la rupture du contrat de travail dont l'employeur est le souscripteur du contrat collectif à adhésion obligatoire.

Chapitre 2 • Garanties frais de santé

Article 7 • Cadre général

7.1 Contrats solidaires et responsables

La mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable ;
- les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent bénéficie des garanties de la mutuelle à compter de la date de début du contrat de travail.

Les ayants droit mentionnés au bulletin d'affiliation bénéficient des garanties de la mutuelle au 1^{er} du mois qui suit la finalisation de l'adhésion de l'adhérent.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement des cotisations par le souscripteur.

7.3 Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au descriptif des garanties, le remboursement de la mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf décision contraire du conseil d'administration de la mutuelle, agissant par délégation de son assemblée générale, les montants des remboursements de la mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

7.4 Tiers payant

En principe, les prestations sont réglées aux Membres Participants après acquittement par eux des dépenses engagées. Afin de faciliter l'accès aux soins et afin de respecter les dispositions de l'Article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, la Mutuelle pratique le tiers payant au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et 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 produits 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.

Pour mettre en œuvre le tiers payant, une carte est remise :

- Après l'enregistrement de l'affiliation de l'adhérent auprès de la Mutuelle d'Ouest-France,
- A chaque modification telle que l'ajout ou le retrait d'un ayant droit,

Le Tiers payant peut concerner certaines professions de santé et l'obtention de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires. En cas de départ ou de cessation de son contrat de travail (démission, licenciement, retraite...), l'adhérent s'engage à détruire ou tout du moins ne plus utiliser sa carte santé Mutuelle d'Ouest-France en cours de validité et ce dès sa sortie des effectifs de l'entreprise.

7.5 Pluralité de garanties de frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

7.6 Limites de remboursement

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne

peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

7.7 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

7.8 Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la mutuelle :

- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;
- Les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées ;
- Les séjours en maison d'enfants à caractère social, en EHPAD et en maisons de repos, y compris hébergement temporaire sauf mentions contraires dans le descriptif des garanties,
- La chirurgie esthétique ne donne pas lieu à prise en charge sauf si elle est consécutive à un accident et avec l'accord préalable de l'assurance maladie,
- La chambre particulière facturée le jour de sortie d'une hospitalisation (y compris pour la maternité)
- Les soins à l'étranger (tels que les implants) non pris en charge par l'Assurance Maladie.

7.9 Déchéance des droits à prestations en cas de fraude

Le Membre Participant ou l'Ayant droit 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 à l'article 9 des Statuts de la Mutuelle.

Article 8 • Versement des prestations

8.1 Règlement des prestations

Calcul des prestations

Les prestations figurant sur le tableau descriptif des garanties sont exprimées dans la majorité des cas soit en pourcentage du tarif de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire ou de la base de remboursement définie par l'Assurance maladie obligatoire, soit en valeur forfaitaire en euros.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties, les prestations sont exprimées en pourcentage, la mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire et en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé. L'adhérent conserve dans tous les cas, la liberté du choix de son professionnel de santé.

Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations, lorsque leurs prises en charge sont indiquées au tableau descriptif des garanties sont :

- les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la

contraception féminine,

- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et les actes effectués par des auxiliaires médicaux, le dentaire, les examens de pré traitements et de contention en orthodontie, la médecine complémentaire telle que définie dans le tableau descriptif de la garantie choisie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire et selon la garantie choisie la psychologie,
- les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales, l'hospitalisation ⁽¹⁾ ou la maternité ⁽¹⁾ hors forfait journalier hospitalier ;
- la date de la journée d'hospitalisation pour le forfait journalier hospitalier ;
- la date de survenance du décès,

(1)Le cas échéant, la chambre particulière est prise en charge en cas d'hospitalisation avec ou sans nuitée(s).

Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire,
- des documents nécessaires à la mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif),
- si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pièces justificatives

Nature des actes	Justificatif(s) à fournir
Actes dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale ou non, mais inclus dans le cadre des garanties (parodontologie, implantologie...).	Facture acquittée avec indication des codes CCAM (Codification commune des actes médicaux).
Dépassement d'honoraires.	Note d'honoraires acquittée, ou en cas de consultation en clinique, facture acquittée de la clinique + facture acquittée du dépassement, ou document de facturation acquitté mentionnant le dépassement d'honoraire.
Lentilles non remboursées	Facture acquittée.
Frais hospitaliers (avec ou sans hébergement).	Avis des sommes à payer + attestation de paiement.
Médecines douces mentionnées au barème des garanties.	Facture acquittée d'un professionnel de santé avec mention du numéro RPPS.

Pour les prestations dentaires, le bénéficiaire doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais engagés.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

Tiers-payant et devis optique, dentaire et audio

La Mutuelle d'Ouest-France est adhérente à Kalixia, réseau d'optique, d'audioprothèse, dentaire et d'ostéopathie, qui vous permet de bénéficier d'équipements ou de prestations de qualité à des prix négociés, et de bénéficier du tiers-payant auprès des professionnels adhérents au réseau Kalixia en optique et en audioprothèse.



Pour ce qui est de l'optique, que votre opticien soit adhérent ou non au réseau Kalixia, c'est lui qui effectue directement ces démarches. Il vous informera des conditions de remboursements et des montants. Pour localiser les professionnels de santé du réseau Kalixia proches de chez vous, connectez-vous à votre Espace Adhérent (recherche d'un professionnel Kalixia).



Dès lors que votre audioprothésiste est adhérent au réseau Kalixia, c'est lui qui se charge de demander un devis sur la plateforme de gestion et la prise en charge.



Dès lors que votre chirurgien-dentiste est adhérent au réseau Kalixia, c'est lui qui se charge de demander un devis sur la plateforme de gestion et la prise en charge.

Vous pouvez géolocaliser les professionnels adhérents au réseau Kalixia à partir de votre espace adhérent ou de l'application mobile « LA Mutuelle d'Ouest-France ».

Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

Les remboursements convenus aux présentes garanties sont adressés aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mise en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais.

Prestations indûment versées

En cas de prestations versées indûment à un Membre Participant ou à un Ayant droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte de tiers payant 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.

8.2 Contrôle

Afin de se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du versement des prestations, de vérifier la réalité des dépenses engagées et la réalité des prestations elles-mêmes, la mutuelle se réserve la possibilité de demander au bénéficiaire en plus des pièces justificatives, prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, des pièces complémentaires, y compris médicales.

Le service médical de la mutuelle peut ainsi soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat. Ce contrôle s'exerce sur production par le bénéficiaire de pièces justificatives médicales aux professionnels de santé sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », à l'attention du service professionnel de santé choisi par la mutuelle à l'adresse inscrite dans la demande de pièces et éventuellement par expertise médicale. Ces pièces et contrôles peuvent être demandées ou effectués avant ou après le paiement des prestations, y compris après résiliation du contrat.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les soins concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la mutuelle ou cette dernière pourra en exiger le remboursement si elle a déjà réglé les soins. Lors du contrôle médical, le bénéficiaire peut être accompagné par son médecin traitant ou tout professionnel de santé de son choix (dentiste, spécialiste etc.) et/ou opposer les conclusions de son médecin traitant ou d'un professionnel de santé de son choix. Les honoraires du professionnel de santé choisi par le bénéficiaire restent à la charge de ce dernier.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires des garanties.

Chapitre 3 • Entraide et services

Article 9 • Garanties assistance



Lorsque le tableau descriptif de garanties le prévoit, l'adhérent et ses ayants droit bénéficient également d'une garantie d'assistance.

La garantie d'assistance a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la mutuelle, sur décision de son assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA, union technique d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, dont le siège social se situe : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex – numéro LEI 969500YZ86NRBOATRB28) au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé.

Une notice d'information spécifique à ces garanties est remise à l'adhérent par le souscripteur.

Article 10 • Téléconsultations sans rendez-vous Maiia



Lorsque le tableau descriptif de garanties le prévoit, l'adhérent et ses ayants droit bénéficient du service de téléconsultation Maiia permettant de prendre rendez-vous avec un professionnel de santé, en cabinet ou de procéder à une téléconsultation sans rendez-vous à tout moment. Ce service est accessible à partir de votre espace adhérent.

Ce service est accessible à partir de votre espace adhérent.

Le service a été souscrit auprès de TBNO Invest, S.A.S. au capital de 5 726 658,30 €, dont le siège social est situé 137 rue d'Aguesseau – 92100 Boulogne-Billancourt, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n°529 134 942.

Article 11 • Commission d'entraide et Bénéficiaires

Il est institué, au sein de la Mutuelle, une commission d'entraide sociale.

Les membres participants et leurs familles peuvent bénéficier de la commission d'entraide chaque fois qu'ils se trouvent dans une situation nécessitant une aide matérielle et morale.

Chapitre 4 • Cotisations

Article 12 • Détermination et mode de calcul de la cotisation

Les cotisations sont déterminées par année civile. Les montants sont précisés dans les conditions particulières du contrat. Elles sont déterminées en fonction de la composition familiale choisie par le souscripteur.

Pour percevoir les prestations des bénéficiaires, les adhérents doivent être à jour de leur cotisation.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes, et des frais de gestion et d'acquisition (y compris la taxe médecin traitant).

La cotisation se calcule mensuellement sans prorata, comme suit :

- **Catégorie A (Collectif)**

L'assiette de cotisation des salariés est égale au salaire mensuel reconstitué à temps complet, limité à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Le taux de cotisation des actifs est de 3,08%, dont 40% à la charge du salarié, soit 1,23%.

Les salariés à temps complet ou partiel, malades avec maintien du salaire ou en invalidité avec activité ne sont pas dispensés de leur cotisation.

- **Catégorie B (Longs malades et invalides sans activité)**

L'assiette de cotisation des salariés est égale à la moyenne des assiettes de cotisation mutuelle des douze mois précédant la suspension du contrat de travail, limitée à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Le taux de cotisation de cette catégorie est de 1,23%.

Les salariés à temps complet ou partiel, malades sans maintien de salaire ou en invalidité sans activité ne sont pas dispensés de leur cotisation.

- **Catégorie C (Congé non rémunéré)**

L'assiette de cotisation des salariés est égale à la moyenne des assiettes de cotisation mutuelle des douze mois précédant la suspension du contrat de travail, limitée à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Le taux de cotisation de cette catégorie est de 3,08%.

- **Catégorie D (Collectif Portabilité)**

Le taux de cotisation des adhérents de la catégorie D est fixé par la réglementation loi (Art L911-8 du code de la Sécurité Sociale).

- **Catégorie E (ayants droit Conjoint)**

Pour le régime collectif, le montant de la cotisation mensuelle des conjoints ayants droit est forfaitaire et s'élève à 55,00 € par mois depuis le 1^{er} janvier 2024.

- **Catégorie F (enfants)**

Depuis le 1^{er} janvier 2020, cette catégorie n'est plus astreinte à une cotisation particulière. Celle-ci est incluse dans la cotisation de l'ouvrant droit.

Modalité de règlement

Seule la cotisation de l'adhérent bénéficie de la participation de l'employeur. La part de cotisation du conjoint est entièrement supportée par le salarié. La cotisation fait l'objet d'un prélèvement automatique sur salaire.

Article 13 • Evolution de la cotisation

13.1 Révision de la cotisation

En cas de modifications d'ordre conventionnel, réglementaire ou législatif modifiant la portée des engagements de la mutuelle, les cotisations peuvent être révisées, au plus tôt, à compter de la date d'effet de ces nouvelles dispositions. Cette révision peut notamment tenir compte :

- de l'assujettissement éventuel à de nouvelles taxes, contributions applicables aux mutuelles ou des modifications apportées à ces taxes ou contributions ;
- de l'évolution des taux de prise en charge par le régime obligatoire, des tarifs de responsabilité et du forfait journalier hospitalier ;
- de l'évolution des règles conventionnelles entre organismes du régime d'Assurance maladie obligatoire et professionnels de santé.

Le souscripteur conserve néanmoins la possibilité de demander la résiliation du contrat dans les 30 jours suivant la date d'envoi de la révision par la mutuelle. La résiliation prendra effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande de résiliation.

13.2 Revalorisation

Les cotisations évoluent par ailleurs à chaque échéance annuelle en fonction, d'une part, du résultat technique global constaté par la mutuelle pour l'ensemble du portefeuille collectif, du résultat technique propre à chaque contrat ou famille de contrats, de modifications intervenues dans la démographie de la catégorie assurable du contrat visé, et d'autre part, des prévisions des dépenses de santé au plan national.

Article 14 • Paiement de la cotisation

14.1 Règlement de la cotisation

La cotisation est payée par le souscripteur au vu d'un appel de cotisations (précompte de la cotisation) et suivant les modalités définies au contrat collectif.

L'adhérent règle les cotisations « conjoint » par prélèvement sur son bulletin de paie ou, le cas échéant, au vu d'un appel établi par la mutuelle.

14.2 Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, la mutuelle se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées ;
- d'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque, notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

14.3 Non-paiement de la cotisation

A défaut de paiement par le souscripteur ou par l'adhérent de sa part de cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle au souscripteur ou à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation.

Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si le souscripteur ou l'adhérent n'a pas réglé sa part de cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

En application de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, en cas de défaut de paiement par le souscripteur, la mutuelle informe chaque adhérent de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la mise en demeure au souscripteur, chaque adhérent pouvant se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement. À défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur, la part de la cotisation payée par l'adhérent afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque, lui est remboursée.

Chapitre 5 • Dispositions diverses

Article 15 • Couverture des accidents

La mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues à la présente notice et selon les modalités prévues ci-après.

Si le bénéficiaire est partiellement ou totalement garanti par une assurance individuelle accident, la mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par cette assurance, dans la limite du tableau descriptif de garanties et dans le respect des obligations de prise en charge définies à l'article 7.1 Contrats solidaires et responsables.

15.1 Recours subrogatoire

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

15.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à la mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, par la Sécurité sociale.

A défaut d'information par l'adhérent, la mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident.

15.3 Tiers payant en cas d'accident

Dans tous les cas, si les frais ne lui incombent pas ou ne lui incombent que partiellement, et si la mutuelle effectue le tiers payant des frais à titre d'avance, elle pourra intervenir en tiers payant subrogé de plein droit dans son action contre le responsable ou l'organisme à qui incombe la totalité ou une partie des frais.

Article 16 • Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au présent contrat se prescrit 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, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.
- en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

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.

L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L 100 du code des postes et télécommunications électroniques.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- une demande en justice, même en référé, ou portée devant une juridiction incompétente,
- un acte d'exécution forcée,
- la reconnaissance précise et non équivoque par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit.

Article 17 • Élection de domicile

Pour la souscription et l'exécution du contrat, les parties conviennent d'élire domicile en leurs sièges sociaux respectifs. Si le souscripteur a son siège social en dehors du territoire de la France métropolitaine, il doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

Article 18 • Échanges de données informatisées

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la mutuelle.

Article 19 • Autorité de contrôle

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), située au 4, place de Budapest CS 92459 75 436 Paris cedex 09.

Article 20 • Réclamations et médiation

Réclamations

La satisfaction de nos adhérents est notre priorité. Pour toute réclamation liée à l'application du contrat, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la mutuelle. Pour être recevable, toute réclamation doit être adressée à la Mutuelle dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance aux coordonnées suivantes :

- Par courrier à l'adresse ci-dessus ;
- Par formulaire à disposition dans l'espace adhérent, via le site de la Mutuelle d'Ouest-France (www.mutuelle-ouestfrance.fr) ou via l'application mobile « LA Mutuelle d'Ouest-France ».

À compter de la réception de la réclamation, la mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

Médiation

Le médiateur de la consommation dont relève la Mutuelle est le médiateur de la FNMF. Ce médiateur peut être saisi soit :

- Par courrier : Monsieur le médiateur de la Mutualité Française FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS cedex 15 ;
- Par dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>.

Enfin, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, dans un délai de deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y avait été ou non répondu.

Un litige ne peut être examiné par le médiateur de la consommation lorsque :

- Le Membre Participant ou l'Ayant droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite,
- La demande est manifestement infondée ou abusive,
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal,
- Le Membre Participant ou l'Ayant droit a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle,
- Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur de la consommation. Une demande de médiation suspend la prescription en application des dispositions de l'Article 2238 du code Civil.

Article 21 • Lutte contre le blanchiment des capitaux

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses Membres Participants et les Ayants droit. Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux Membres Participants certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement de leurs cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

Article 22 • Protection des données à caractère personnel

Le souscripteur, en tant que responsable du traitement recueille et transmet les informations relatives à l'adhérent et à ses éventuels ayants droit à la Mutuelle pour permettre leur affiliation et les informera que la Mutuelle met en œuvre, sous sa responsabilité, différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants droit, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Conformément au Règlement n° 2016/679 du 27 avril 2016, dit Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) (en anglais : General Data Protection Regulation, GDPR), la Mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel de ses adhérents et de leurs ayants-droit dont elle est responsable de traitement.

Finalités de traitement

Le traitement des données à caractère personnel est nécessaire, selon les traitements réalisés aux finalités suivantes :

- La souscription, la gestion et l'exécution des contrats, et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) de l'adhérent ou de ses ayants-droit éventuels pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé. Ce traitement se fonde sur l'exécution du contrat ;
- L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux. Ce traitement se fonde sur l'intérêt légitime de la mutuelle de garder des preuves en cas de réclamation et de litige ;
- L'élaboration de statistiques, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement. Ce traitement se fonde sur l'intérêt légitime de la mutuelle pour l'amélioration de ses services ;
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Ce traitement se fonde sur l'intérêt légitime de la Mutuelle
- La lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme dont le traitement repose sur les obligations légales de la Mutuelle.
- L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'adhérent. Ce traitement se fonde sur l'exécution des mesures précontractuelles de la part de la Mutuelle ;
- La proposition de services complémentaires dispensés par la Mutuelle. Ce traitement se fonde sur l'exécution des mesures précontractuelles de la part de la Mutuelle ;
- Toute autre finalité qui pourrait être précisée sur les supports de collecte.

Données personnelles

Les données personnelles identifiées par un astérisque [*] sur le bulletin d'adhésion sont obligatoires. Le défaut de fourniture des données obligatoires aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent, ses ayants-droits éventuels peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle, étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, est susceptible de solliciter l'adhérent, ses ayants-droits éventuels pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier.

Les informations recueillies par la Mutuelle sur le bulletin d'adhésion font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion et notamment le remboursement automatisé de vos remboursements de soins.

Destinataires des données personnelles

Les destinataires des données de l'adhérent, de leurs ayants-droits éventuels, peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et uniquement dans le cadre de la réalisation des finalités susmentionnées, le personnel de la Mutuelle ainsi que sa garante, ses sous-traitants, ses délégués de gestion, les intermédiaires, les réassureurs et les organismes professionnels habilités.

Les données à caractère personnel collectées peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, d'une demande émanant des impôts, d'un juge, ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

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

Durées de conservation

Vos données sont utilisées jusqu'à la fin de la finalité pour laquelle elles ont été collectées, généralement jusqu'à l'échéance du contrat ou des opérations associées, y compris les régularisations. Une fois cette finalité atteinte, elles

entrent dans une phase de conservation en archivage.

Certaines informations sont conservées pour répondre à des obligations légales. Elles sont stockées en archive avec des mesures de sécurité strictes et des accès limités aux collaborateurs autorisés. La durée de conservation est proportionnée et ne dépasse pas les délais légaux, avec un maximum de cinq ans après le dernier traitement pour d'éventuels contrôles.

Transfert en dehors de l'Union Européenne

La mutuelle traite vos Données en France. En cas de transfert des données personnelles hors de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen (EEE), la mutuelle prendra les garanties appropriées, notamment contractuelles et de Clauses Contractuelles Type (CCT), afin d'assurer la protection de vos données et la conformité avec la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles. Pour plus d'informations sur les garanties appropriées qui seraient alors mises en place, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données aux coordonnées indiquées ci-après.

Vos droits relatifs à la protection des données personnelles

Conformément aux dispositions du RGPD et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, l'adhérent et leurs ayants-droit éventuels disposent d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité de leurs données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. L'adhérent et ses ayants-droit éventuels peuvent également, pour des motifs légitimes, limiter le traitement des données les concernant. Ils ont la possibilité de s'opposer, à tout moment, à un traitement de leurs données pour des raisons tenant à leur situation particulière et, lorsque leurs données sont traitées à des fins de prospection commerciale, sans avoir à se justifier.

Par ailleurs, l'adhérent et ses ayants-droits éventuels ont la possibilité de définir des directives post mortem en précisant à la Mutuelle la manière dont ils entendent que soient exercés leurs droits après leur décès.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants-droits éventuels peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière. Ces droits peuvent être exercés auprès du Data Protection Officer (DPO) par email à l'adresse vyv-partenariat-dpo@groupe-vyv.fr ou par courrier postal à l'adresse suivante : Mutuelle d'Ouest France – TSA 40001 – 35058 RENNES Cedex 9

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent et ses ayants-droits éventuels peuvent également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), autorité française de protection des données, sise 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75 334 Paris Cedex 07.

Par la signature du bulletin d'adhésion, les membres participants acceptent expressément que les données les concernant soient transmises.

Annexes 1 – Tableau des garanties

Les remboursements de la Mutuelle d'Ouest France sont exprimés soit en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire (RO), soit en euros par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

Les remboursements de la mutuelle sont versés en complément de celui du RO lorsque le taux RO est indiqué dans le tableau, dans la limite des frais réels engagés et dans les conditions définies au Règlement Mutualiste. **La garantie santé répond aux exigences de la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables (articles L 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale).** L'adhésion à la couverture santé se réalise sans délai de carence et sans critère lié à l'état de santé.

 SOINS COURANTS	RO ¹	Remboursement Mutuelle d'Ouest France		Total (y compris RO)
		TM dans la limite ²	Dépassement dans la limite de	
Honoraires médicaux				
Consultations et visites généralistes signataires de l'OPTAM / OPTAM -CO ³	70 %	30%	200%	300 %
Consultations et visites généralistes non signataires de l'OPTAM / OPTAM -CO ³	70 %	30%	100%	200 %
Consultations et visites spécialistes, professeur, neuropsychiatre signataires de l'OPTAM / OPTAM -CO ³	70 %	30%	200%	300 %
Consultations et visites spécialistes, professeur, neuropsychiatre non signataires de l'OPTAM / OPTAM -CO ³	70 %	30%	100%	200 %
Actes techniques médicaux ou d'imagerie sans dépassement d'honoraire	70 %	30%	-	100 %
Actes techniques médicaux ou d'imagerie des praticiens signataires de l'OPTAM / OPTAM -CO ³	70 %	30%	200%	300 %
Actes techniques médicaux ou d'imagerie des praticiens non signataires de l'OPTAM / OPTAM -CO ³	70 %	30%	100%	200 %
Honoraires auxiliaires médicaux : Infirmiers, psychologues, masseurs- kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60 %	40 %	-	100 %
Actes des sages-femmes	70 %	30%	-	100 %
Participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance Maladie, instaurée par le décret du 19/06/2006 (Actuellement 24 €)	-	-	Frais réels	Frais réels
Analyses et examens de laboratoires				
Prélèvement et analyse	60 %	40%	-	100 %
Anatomocytopathologie	70 %	30%	-	100 %
Médicaments (SMR - Service Médical Rendu)				
Médicaments à SMR majeur ou important	65 %	35%	-	100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70%	-	100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85%	-	100 %
Soins à l'étranger ⁴				
Soins à l'étranger pris en charge par le RO français	15 % à 80 %	0 à 85%	-	100 %
Matériel médical				
Orthopédie, orthèse, petit appareillage	60 %	40%	250%	350 %
Grand appareillage	100 %	-	250%	350 %

¹ Les taux indiqués sont ceux du Régime Général Obligatoire (RO). Ils sont donnés à titre indicatif et sont susceptibles d'évoluer en fonction de la législation.

² TM : Le ticket modérateur (TM) représente la part des dépenses qui reste à votre charge après remboursement du RO et avant déduction des participations forfaitaires

³ Les Options de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO) sont un dispositif par lequel les praticiens s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Les honoraires des praticiens non conventionnés sont remboursés sur la base du tarif d'autorité du Régime obligatoire et leurs dépassements ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

⁴ Soins réalisés ou produits délivrés à l'étranger. Sur présentation du décompte de la Sécurité sociale accompagné des factures acquittées et traduites.

 HOSPITALISATION ⁵	RO ¹	Remboursement Mutuelle d'Ouest France		Total (y compris RO)
		TM dans la limite ²	Dépassement dans la limite de	
Forfait hospitalier				
Frais de séjour (illimité dans la durée)	80 %	20 %	-	100 %
Forfait journalier hospitalier (illimité dans la durée)	-	-	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie (illimité dans la durée)	-	-	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence et participation forfaitaire pour actes lourds	-	-	Frais réels	Frais réels
Forfait long séjour en Unités de Soins Longue Durée Dans la limite absolue de 365 jours	-	-	10,30€ par jour	10,30€ par jour
Honoraires				
Honoraires médicaux et chirurgicaux des praticiens signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO ³	80 %	20%	200%	300 %
Honoraires médicaux et chirurgicaux des praticiens non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO ³	80 %	20%	100%	200 %
Chambre particulière et autres forfaits				
Forfait chambre seule pour une hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique Dans la limite de 120 jours par an	-	-	55€ par jour	55€ par jour
Forfait chambre seule pour une hospitalisation en soins médicaux et de réadaptation (SMR) Dans la limite de 90 jours par an	-	-	55€ par jour	55€ par jour
Forfait chambre seule pour une hospitalisation en psychiatrie Dans la limite de 60 jours par an	-	-	55€ par jour	55€ par jour
Forfait chambre seule en ambulatoire	-	-	Max 50% tarif chambre particulière	Max 50% tarif chambre particulière
Forfait télévision	-	-	3,81 € par jour	3,81€ par jour

 AUTRES PRESTATIONS	RO ¹	TM dans la limite ²	Dépassement dans la limite de	Total (y compris RO)
Frais de transport : ambulances, véhicules sanitaires léger...	55%	45%	-	100 %
Cure : Honoraires médicaux, hydrothérapie, transport, hébergement – Forfait par an et par cure incluant le TM	65 % ou 70 %	-	500€	65% ou 70% + 500€

 DENTAIRE ⁶	RO ¹	TM dans la limite ²	Dépassement par semestre dans la limite de	Total (y compris RO)
Orthodontie				
Traitement	100%	-	450€	100% + 450€
1 ^{ère} année de contention	100%	-	-	100%
2 ^{ème} année de contention	60%	40%	-	100%
Surveillance, examens (empreintes, radiographie, photos)	60%	40%	-	100%

⁵ Sont exclues les dépenses liées à des hospitalisations non prises en charge par le RO et à celles dans des établissements médico-sociaux, tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et Maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS)

⁶ Pour les soins et les soins prothétiques dentaires, seuls les actes figurant dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) sont pris en charge. Pour l'orthodontie, seuls les actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) sont pris en charge

 DENTAIRE ⁶	RO ¹	Remboursement Mutuelle d'Ouest France		Total (y compris RO)
		TM dans la limite ²	Dépassement dans la limite de	
Soins et prothèses dentaires 100% Santé ⁷				
Remboursement intégral (RO + RC) à hauteur des Honoraires Limites de Facturation (HLF)	60 %	40%	Frais réels	Frais réels
Soins hors 100% Santé				
Soins dentaires	60 %	40%	-	100 %
Parodontologie (forfait annuel)	-	-	350 €	350€
Prothèses dentaires hors 100% Santé				
Panier reste à charge libre ou maîtrisé ⁸ Prothèses fixes, mobiles, inlay-onlay, inlay-core	60%	40%	325%	425%
Rebasage, réparations, adjonction, renfort	60%	40%	325%	425%
Implant dentaire				
Implant dentaire (forfait annuel par implant) ⁹	-	-	500 €	500€

 AIDES AUDITIVES ¹⁰	RO ¹	TM dans la limite ²	Dépassement dans la limite de	Total (y compris RO)
Prothèses auditives Dans la limite des prix limites de vente (PLV)	60 %	40%	Frais réels	Frais réels
Équipements à tarifs libres (panier libre) ¹²				
Appareil des bénéficiaires âgés de 20 ans et +	60%	40%	300% BRSS	400%
Appareil des bénéficiaires âgés de moins de 20 ans ou atteints de cécité quel que soit leur âge	60%	40%	300€	100% + 300€
Piles et accessoires (embouts, cornet, micro)	60%	40%	-	100%

 OPTIQUE ¹³	RO ¹	TM dans la limite ²	Dépassement dans la limite de	Total (y compris RO)
Montures et verres Dans la limite des prix limites de vente (PLV)	60%	40%	Frais réels	Frais réels
Appairage Dans la limite des prix limites de vente (PLV)	60%	40%	Frais réels	Frais réels

⁷ Le «100% santé» vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer un traitement «100% santé» et d'établir un devis. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans le panier «100% santé», alors vos remboursements se feront selon votre garantie. Pour les prestations dentaires à tarifs modérés, les remboursements se feront dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)

⁸ Pour les prestations dentaires à tarifs modérés, les remboursements se feront dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF).

⁹ Par implant racine à l'exclusion du pilier implantaire et de tout autre accastillage

¹⁰ Remboursement intégral (RO + RC) d'une prothèse auditive par oreille tous les 4 ans

¹¹ Le «100% santé» vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en audioprothèses. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer un équipement «100% santé» et d'établir un devis. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans le panier «100% santé», alors vos remboursements se feront selon votre garantie

¹² Dans la double limite de la dépense et des planchers et plafonds fixés par le décret du 11 janvier 2019 sur les contrats responsables.

¹³ Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue Un équipement est composé de trois éléments, à savoir deux verres et une monture. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique ou du premier élément de ce dernier.

¹⁴ Le «100% santé» vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en optique. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer un équipement «100% santé» et d'établir un devis. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans le panier «100% santé», alors vos remboursements se feront selon votre garantie.

 OPTIQUE ¹³		Remboursement Mutuelle d'Ouest France		Total (y compris RO)
		RO ¹	TM dans la limite ²	
Équipements à tarifs libres (hors 100% Santé) ¹⁵				
Monture				
Bénéficiaire de 6 ans et plus	60%	40%	99,95 €	100% + 99,95€
Bénéficiaire de moins de 6 ans	60%	40%	99,95 €	100% + 99,95€
Verre Adulte et Enfant ^{16 17 18}				
Simple	60%	40%	120€	100% + 120€
Complexe	60%	40%	200€	100% + 200€
Très complexe	60%	40%	220€	100% + 220€
Supplément optique	60%	40%	-	100%
Lentilles				
Lentilles remboursées	60%	40%	200€	100% + 200€
Lentilles non remboursées – Forfait annuel ¹⁹			200€	200€
Opération myopie (un forfait par œil et par an)			150€	150€

 MÉDECINES ALTERNATIVES ²⁰		RO ¹	TM dans la limite ²	Dépassement dans la limite de	Total (y compris RO)
Actes d'acupuncture, chiropractie, diététique ergothérapie, hypnothérapie, ostéopathie, pédicurie podologie. Dans la limite de 10 séances maximum par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues		-	-	25€ par séance	25€ par séance
Psychologie - Hors dispositif MonPsy Dans la limite de 60 € par séance et de 16 séances maximum par an et par bénéficiaire		-	-	75% du prix de la séance	75% du prix de la séance

 PRÉVENTION		RO ¹	TM dans la limite ²	Dépassement dans la limite de	Total (y compris RO)
Actes de prévention (prévus par la législation sur le contrat responsable), actes de dépistage, substituts nicotiques		60 ou 70%	40 ou 30%	-	100%
Vaccins prescrits et pris en charge par le RO		30 ou 65%	35 ou 70 %	-	100%
Dispositif MonPsy : bilan psy suivi de 12 séances sur prescription médicale		60%	40%	-	100%

¹⁵ Dans la double limite de la dépense et des plafonds et plafonds fixés par le décret du 11 janvier 2019 sur les contrats responsables. Conformément à la réglementation sur les contrats responsables, l'appariage et les verres avec filtre ne sont pas pris en charge en dehors du panier de soins du 100% Santé.

¹⁶ **Verres simples** : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

¹⁷ **Verres complexes** : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

¹⁸ **Verres très complexes** : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

¹⁹ Lentilles correctrices non remboursées par le régime obligatoire à l'exclusion des lentilles de couleur et des produits d'entretien.

²⁰ La liste des médecines alternatives peut être modifiée à tout moment par la réglementation et sans information préalable des bénéficiaires. Praticiens diplômés de la discipline et titulaires d'un numéro RPPS ou Finess, lorsqu'applicables

Services

Assistance à domicile ²¹	CONTRAT INDIV
<p>Vous bénéficiez de l'assistance de la mutuelle pour vous accompagner à chaque moment important de la vie :</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Écoute, conseil et orientation✓ Accompagnement psycho-social✓ Hospitalisation, immobilisation, maternité✓ Accompagnement des patients souffrant d'un cancer✓ Accompagnement des aidants✓ Assistance en cas de décès <p>Les coordonnées de l'assistance sont disponibles sur votre carte de tiers payant adhérent</p>	Incluse
Réseau Kalixia	CONTRAT INDIV
<p>La Mutuelle d'Ouest-France est adhérente à Kalixia, réseau d'optique, d'audioprothèse, dentaire et d'ostéopathie, qui vous permet de bénéficier d'équipements ou de prestations de qualité à des prix négociés, et de bénéficier du tiers-payant auprès des professionnels adhérents au réseau Kalixia en optique et en audioprothèse.</p> <p> Pour ce qui est de l'optique, que votre opticien soit adhérent ou non au réseau Kalixia, c'est lui qui effectue directement ces démarches. Il vous informera des conditions de remboursements et des montants.</p> <p> Dès lors que votre audioprothésiste est adhérent au réseau Kalixia, c'est lui qui se charge de demander un devis sur la plateforme de gestion et la prise en charge.</p> <p> Dès lors que votre chirurgien-dentiste est adhérent au réseau Kalixia, c'est lui qui se charge de demander un devis sur la plateforme de gestion et la prise en charge.</p> <p>Vous pouvez géolocaliser les professionnels adhérents au réseau Kalixia à partir de votre espace adhérent ou de l'application mobile « LA Mutuelle d'Ouest-France ».</p>	Incluse
Téléconsultations	CONTRAT INDIV
<p> Maiia (Service disponible depuis votre espace adhérent)</p> <p>Vous bénéficiez du service de téléconsultation Maiia permettant de prendre rendez-vous avec un professionnel de santé, en cabinet ou de procéder à une téléconsultation sans rendez-vous à tout moment. Ce service est accessible à partir de votre espace adhérent</p>	Incluse



Annexe 2 – Garanties d'assistance

OFFRE ASSISTANCE ÉTENDUE

NOTICE D'INFORMATION À COMPTER DU 01/01/2025

L'Adhèrent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'Assisteur, doit communiquer son propre numéro d'Adhèrent.

Le présent tableau vise à résumer les garanties d'assistance ; pour connaître les conditions et modalités d'application, il convient de se référer aux dispositions de la présente notice d'information ci-après.

GARANTIES	MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE
-----------	----------------------------

DÈS LA SOUSCRIPTION

Conseils, écoute, orientation	Illimités
Informations juridiques	Illimitées
Conseils et informations médicales	Illimités
Accompagnement spécifique à la parentalité	Illimité

ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Appels de convivialité	Illimités
Accompagnement social	Illimité
Soutien psychologique	Illimité

EN CAS D'HOSPITALISATION, D'IMMOBILISATION ET DE MATERNITÉ

	Hospitalisation dès l'ambulatoire	Hospitalisation ou immobilisation + 14J de l'enfant	Immobilisation imprévue + 5J ou prévue + 10J	Maternité + 4J, Naissance multiple et/ou césarienne
Aide à domicile	10 heures		10 heures	10 heures
Prestations de bien-être et soutien (auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure, esthéticienne & pédicure à domicile, coaching santé et nutrition...)	Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile		Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures		40 heures	40 heures
Garde des personnes dépendantes à charge	40 heures		40 heures	40 heures
Garde des animaux de compagnie	30 jours		30 jours	30 jours
Téléassistance	3 mois		3 mois	3 mois
Présence d'un proche au chevet	500 euros TTC		500 euros TTC	500 euros TTC
Ecole à domicile		10 heures/semaine		
Immobilisation imprévue au domicile				
Acheminement des médicaments		3 par année civile		
Accompagnement aux courses		3 par année civile		

EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE À PLUS DE 50KM DU DOMICILE

	Hospitalisation imprévue (maladie, accident ou blessure) lors d'un déplacement à + de 50KM du domicile	Hospitalisation imprévue + 5J (maladie, accident ou blessure) lors d'un déplacement à + de 50KM du domicile
Conseil médical	Illimité	
Transfert médical	Coûts réels du reste à charge après remboursement du régime obligatoire et organismes complémentaires.	
Retour des accompagnants	500 euros TTC	
Déplacement et hébergement d'un proche		Déplacement : 500 euros TTC Hébergement : 5 nuits à 125 euros TTC/nuits

PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX PATIENTS SOUFFRANT D'UN CANCER

	ANNONCE DE LA MALADIE
Accompagnement médical	Illimité
Accompagnement psycho-social	Illimité
Frais d'adhésion à une association	150 euros TTC par an
	PENDANT LA DURÉE DU TRAITEMENT
Accompagnement médical	Illimité
Suivi nutritionnel	Illimité
Accompagnement psycho-social	Illimité
Portage de repas	30 portages
Aide à domicile	Pendant toute la durée du traitement
Prestations de bien-être et de soutien (coiffure ou esthéticienne à domicile, pédicure, livraison de courses alimentaires, activité physique adaptée)	3 prestations dans la limite de 50 euros TTC chacune
Garde des enfants	40 heures
	FIN DU PROTOCOLE DE SOINS
Accompagnement médical	Illimité
Accompagnement psycho-social	Illimité
Activité physique adaptée	3 séances dans la limite de 50 euros TTC chacune
Thérapie de groupe ou familiale	3 séances dans la limite de 50 euros TTC chacune
Activité de loisirs	3 séances dans la limite de 50 euros TTC chacune
	FIN DE VIE
Accès professionnel de santé	3 séances dans la limite de 50 euros TTC chacune
Accompagnement psycho-social	Illimité
Transport d'un proche au chevet	Déplacement : 500 euros TTC de déplacement Hébergement : 5 nuits à 125 euros TTC/nuit

PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX AIDANTS

	BILAN PSYCHO-SOCIAL			
Soutien psychologique	Illimité			
Accompagnement social	Illimité			
Accès portail d'informations	Illimité			
	ASSISTANCE PRÉVENTIVE			
	Prévention épuisement de l'aidant	Santé et bien-être de l'aidant	Soutien vie quotidienne	Soutien vie professionnelle
Formation de l'aidant	300 euros TTC			
Acquisition de matériel paramédical ou aides techniques	300 euros TTC			
Médiation	300 euros TTC			
Activité physique adaptée		3 séances		
Présence à domicile		12 heures		12 heures
Conseil médical		Illimité		
Téléassistance			6 mois	
Inscription à une association			1 inscription	
Réseau d'entraide			1 inscription	
Conseils nutrition			5 entretiens	
Portage de repas				Equivalente à l'enveloppe financière de la présence à domicile
Bilan ergothérapeute			1 bilan	

ASSISTANCE EN CAS DE SITUATION DE CRISE

	Hospitalisation + 24H de l'aidant	Immobilisation + 48H de l'aidant	Épuisement de l'aidant	Hospitalisation + 4J de la personne aidée
Aide à domicile	15 heures	15 heures		15 heures
Prestations de bien-être et soutien (auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure, esthéticienne & pédicure à domicile, coaching santé et nutrition...)	300 euros TTC	300 euros TTC		300 euros TTC
Transport d'un proche au domicile	500 euros TTC	500 euros TTC		
Hébergement temporaire	300 euros TTC	300 euros TTC	Équivalente à l'enveloppe financière de la garde de nuit	
Garde de nuit à domicile			2 nuits	2 nuits
Accueil de jour			Équivalente à l'enveloppe financière de la garde de nuit	
Bilan ergothérapeute				1 bilan

FIN DE LA SITUATION D'AIDANT

	Récupération des capacités de la personne aidée	Décès de la personne aidée
Activité de loisirs	3 séances	
Activité physique adaptée	3 séances	
Conseils nutrition	5 entretiens	
Conseils gestion du budget		5 entretiens
Inscription à une association		1 inscription

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE DÉCÈS

Enregistrement et respect des volontés	Illimité
Organisation des obsèques	Illimitée
Accompagnement psycho-social	Illimité
Accompagnement et écoute	Illimité

PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS

	En cas de décès en France	En cas de décès du bénéficiaire à + de 50KM du domicile et dans le monde entier
Aide à domicile	10 heures	
Prestations de bien-être et de soutien : (auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure, esthéticienne & pédicure à domicile, coaching santé et nutrition...)	Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures	
Garde des personnes dépendantes à charge	40 heures	
Garde des animaux de compagnie	30 jours	
Téléassistance	3 mois	
Avance de fonds	3050 euros TTC	
Transfert ou rapatriement du corps ou de l'urne cinéraire		Coûts réels
Assistance des proches		Déplacement : 500 euros TTC Hébergement : 5 nuits à 125 euros TTC/nuit
Retour des bénéficiaires ou de l'accompagnant		500 euros TTC
Taxi		155 euros TTC
Retour prématuré du bénéficiaire (décès d'un proche)	500 euros TTC	

DOMAINE D'APPLICATION

1. BÉNÉFICIAIRES

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties d'assistance auxquelles peuvent prétendre les Bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente notice d'information :

- L'Adhérent à la Mutuelle d'Ouest-France,
- Ses ayants droit.

2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties de la Mutuelle d'Ouest-France.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par l'Adhérent auprès de la Mutuelle d'Ouest-France, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

3. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement^o en France ou dans les DROM* (au-delà de 50 kilomètres du domicile, pour les prestations "Transfert de corps en cas de décès" et "Transfert médical"),
- dans le monde entier pour le décès à l'étranger.

^o Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

**Pour les DROM, le Bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.*

4. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice d'information :

- une hospitalisation,
- une maternité,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure,
- un traitement anticancéreux,
- une situation d'aidant,
- un décès.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elles ne doivent

pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations, d'accompagnement psychosocial, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

5. MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE

**POUR CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION,
24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7**
par téléphone :
09 69 32 35 37

Pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :

Par téléphone : 00 33 9 69 32 35 37

Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à medecinconseil@rmasistance.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro d'Adhérent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

La plateforme Mon@ssistance est également à votre disposition depuis votre espace personnel. Via la plateforme Mon@ssistance vous pouvez prendre connaissance de vos garanties d'assistance, faire une pré-demande d'assistance en ligne, envoyer vos justificatifs, remplir un formulaire de demande d'accompagnement psycho-social...

Toute demande d'assistance doit nous être formulée au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Une fois cette demande effectuée, et dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation, afin d'assurer au Bénéficiaire l'accès aux prestations dès son retour à domicile, il doit contacter l'Assisteur dès confirmation de sa date de sortie effective. Si cette date devait être décalée le Bénéficiaire doit en avertir immédiatement l'Assisteur afin de différer les prestations prévues initialement.

Pour les traitements anticancéreux, la demande d'assistance devra être formulée dans un délai de 48 heures avant ou après chaque séance.

Pour le rapatriement/transfert de corps en cas de décès, le conseil, et le transfert médical, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Au-delà de ces délais (20 jours et/ou 48 heures comme mentionnés ci-dessus), l'Assisteur pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande. Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties. Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies.

6. INTERVENTION

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés. L'urgence, qui justifie l'intervention de l'Assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le Bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du Bénéficiaire. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.** Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

7. APPLICATION DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur 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, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et **dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur (étant entendu que le montant de la prestation d'assistance remboursé par l'Assisteur est plafonné à l'intervention d'un seul intervenant au domicile du Bénéficiaire).** Les frais additionnels (frais kilométriques, frais de dossier, frais de gestion et cotisations) inhérents à la mise en œuvre de la prestation et figurant sur le justificatif fourni par le Bénéficiaire ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

Dans de tels cas, l'Assisteur s'engage à rembourser le Bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires (hors délais bancaires) à compter de la validation par l'Assisteur de l'ensemble des documents justificatifs.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des Bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats. L'Assisteur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû

normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage ...).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.

8. DÉFINITIONS

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par : **Accident** : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au Bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

- les accidents vasculaires cérébraux,
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel,
- les éventrations,
- les hernies abdominales,
- les hydrocutions,
- les infarctus du myocarde,
- les lésions méniscales,
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires,
- les lombalgies, les lumbagos,
- les ruptures d'anévrisme,
- les sciatiques.

Adhérent : personne physique ayant adhéré à titre individuel ou collectif à la mutuelle.

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne, un proche (voir définition) ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le Bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

Aidé : est considérée comme personne aidée, toute personne qui du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap nécessite l'aide d'un proche aidant de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

Aide à domicile : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du Bénéficiaire. **La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.**

Animaux de compagnie : sont considérés comme animaux de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du Bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, **dans la limite de 2 animaux par Bénéficiaire.**

Ascendant : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'Adhérent. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement de l'Adhérent et vivant sous le même toit.

Attentat : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes

et/ou des biens, dans le pays dans lequel le Bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur.

Cet attentat devra être recensé par l'Etat français.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le Bénéficiaire se trouve.

Auxiliaire de vie sociale : l'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (**à l'exclusion des soins infirmiers**). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties et les courses.

Ayants droit : les ayants droit de l'Adhérent, sont ceux inscrits comme tels par cet Adhérent au titre de sa garantie complémentaire santé.

Bénéficiaire : la personne ayant adhéré à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif à une garantie santé de la Mutuelle et ses ayants droit. **Catastrophe naturelle** : phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

Centre de convalescence : structure de soins qui contribue à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.**

Chimiothérapie : traitement du cancer par des substances chimiques qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Il peut être administré par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés.

Consolidation : stabilisation durable de l'état de santé du Bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée.

Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition de l'Adhérent portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

Dispositif de téléassistance : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'alerte avec son support (collier ou bracelet).

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence

principale et habituelle du Bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite) ou ayant une résidence secondaire, on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent Adhérent.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

Dommages corporels : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du Bénéficiaire en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du Bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Établissement de soins : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Etat d'urgence sanitaire : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

Étranger : tout pays en dehors du pays de domicile en France ou des DROM.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans la présente notice d'information. Ils peuvent être les suivants :

- une hospitalisation,
- une maternité,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure,
- un traitement anticancéreux,
- une situation d'aidant,
- un décès.

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Fratrerie : enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.

Grossesse pathologique : caractérise une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique. **Ne sont pas considérées comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.**

Handicap : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-

102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Hospitalisation : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public ou privé ou à domicile dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Hospitalisation à domicile (HAD) : permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Hospitalisation en ambulatoire : toute hospitalisation avec une chirurgie réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

Immobilisation : désigne toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle le Bénéficiaire ne peut disposer d'aucun soutien de proximité. La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) est considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement.

Immunothérapie : traitement destiné à augmenter ou à provoquer l'immunité de l'organisme par l'injection d'anticorps ou d'antigènes.

Maladie : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité : tout séjour de plus de 4 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance prématurée ou multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

Membre de la famille : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, sœur, frère, enfant, ou tuteur légal du Bénéficiaire.

Pays de séjour : pays dans lequel le Bénéficiaire séjourne pendant la durée de son déplacement couvert par la présente notice d'information en dehors de son pays de résidence.

Personne dépendante : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir de l'Adhérent ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'Adhérent et vivant sous le même toit que lui.

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteur afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des

garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

Proche : les ascendants et descendants au 1er degré, le conjoint, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du Bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le Bénéficiaire.

Radiothérapie : traitement du cancer par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement. Contrairement à la chimiothérapie qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local.

Responsabilité civile : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

Soins médicalement nécessaires : dans le cadre de la carte Européenne d'Assurance maladie, il s'agit des traitements qui évitent à un Bénéficiaire de rentrer dans le pays où il est domicilié pour se faire soigner et lui permettent de terminer son séjour dans des conditions médicales sûres.

Téléassistance : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.

Traitement : Seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie, radiothérapie ou immunothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés. **Les soins de support ne sont pas considérés comme des traitements.**

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touriste (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et **dans la limite de 500 euros TTC** pour les transports en France ou dans les DROM. **L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.**

ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

9. ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

Le service Ecoute, Conseil & Orientation est un service dédié aux Bénéficiaires afin d'assurer une écoute, des conseils, une orientation et un soutien permanent à chaque moment important de la vie.

L'Assisteur peut notamment informer sur les garanties d'Assistance, les dispositifs de services à la personne, les aides légales ou extra légales existantes au regard des besoins et de la situation des Bénéficiaires, les solutions d'adoption des Animaux de compagnie existantes en cas de décès du propriétaire de l'animal.

L'Assisteur peut également, sur demande, réaliser l'intermédiation avec les acteurs et prestataires de proximité qui pourront aider et réaliser les services dont le Bénéficiaire a besoin. **Le coût de la prestation reste à la charge du Bénéficiaire.**

10. INFORMATION JURIDIQUE

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

Réglementaire :

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/ allocations / retraites,
- fiscalité,
- famille.

Pratique :

- consommation,
- vacances/loisirs,
- formalités/cartes/permis,
- enseignement/Formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.

11. CONSEILS ET INFORMATIONS MÉDICALES

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteur ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le Bénéficiaire pourra en faire. En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST),
- contraception,
- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation).

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales.

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos :

- maladies professionnelles,
- troubles musculo squelettiques (TMS),
- risques psychosociaux (RPS),
- bilans de santé.

12. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE À LA PARENTALITÉ

Ce service permet aux parents ou futurs parents de bénéficier, à leur demande, d'informations, de conseils et de soutien par téléphone (soins, éducation, modes de garde, développement de l'enfant, socialisation, hygiène, santé et nutrition) concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans. Sur demande, l'Assisteur met à disposition des Bénéficiaires un interlocuteur qualifié et prend en charge le coût de ses conseils.

ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lorsqu'un Bénéficiaire fait face à :

- une dépendance/perte d'autonomie,
- un aléa de santé,
- un arrêt de travail,
- un risque suicidaire,
- une rupture familiale,
- un isolement social,
- une addiction comportementale ou à un produit,
- la perte de son emploi,
- la souffrance au travail,
- l'inadaptation du logement,
- un risque de précarité financière,
- le décès d'un proche.

L'Assisteur propose la mise en relation avec une équipe de spécialistes pour l'écouter, le conseiller et l'accompagner dans la durée à chaque aléa de vie. L'équipe est composée d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale et de psychologues. Chaque prise en charge est assurée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Toutefois, chaque fois que cela est utile, une prise en charge multiple (dimensions sociale et psychologique) pourra être proposée par le professionnel référent.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. Les entretiens téléphoniques individuels sont illimités, sous réserve de l'évaluation du professionnel référent. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire. Seuls les bénéficiaires majeurs âgés de 18 ans révolus peuvent bénéficier d'un accompagnement psycho-social. Sont exclus de la prestation d'accompagnement psycho-social les mineurs émancipés ou non émancipés.

L'Assisteur s'engage à :

- fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur et psychologue.

13. UN SERVICE D'APPELS DE CONVIVIALITÉ

Ce service permet de :

- rompre l'isolement,
- apporter du réconfort,
- aider à restaurer le lien social,
- ouvrir un espace de parole,
- être le dépositaire d'histoires de vie.

14. UN SERVICE DE CONSEIL SOCIAL

Les travailleurs sociaux apportent :

- information, conseil, orientation,
- accès aux droits,
- orientation vers un réseau de service à domicile, recherche d'établissement,
- informations sur les secours financiers,
- soutien budgétaire (outils de gestion du budget mensuel, gestion au quotidien, gestion bancaire),
- soutien à la vie quotidienne (alimentation, retour vers l'emploi, logement...),
- conseils, échanges, informations à visée éducative, dont l'objectif est l'autonomie de la personne.

15. UN SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Les psychologues prodiguent :

- une aide à la prise de distance,
- un soutien psychologique ponctuel,
- une écoute et des conseils dans les situations problématiques,
- des outils de gestion du stress, de l'anxiété.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ ET D'IMMOBILISATION

16. PRESTATIONS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE

Acheminement des médicaments ou accompagnement aux courses

Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du Bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. **Les médicaments et les courses restent à la charge du Bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 30 kilomètres du domicile du Bénéficiaire.**

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

17. PRESTATIONS DÈS UNE HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE, EN CAS DE MATERNITÉ DE PLUS DE 4 JOURS OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS OU PRÉVUE DE PLUS DE 10 JOURS

L'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la prestation

la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

Ces prestations s'appliquent pendant ou après l'hospitalisation et la maternité ou pendant l'immobilisation à tous les Bénéficiaires, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.

A. AIDE À DOMICILE

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence de 10 heures.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

B. PRESTATIONS DE BIEN-ÊTRE ET DE SOUTIEN

Si le Bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- petit jardinage,
- séance(s) de coiffure ou d'esthéticienne à domicile, de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

C. GARDE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés (sans limite d'âge) ou s'il s'agit de l'hospitalisation ou d'une immobilisation d'un enfant ayant une fratrie, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation. Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DOM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

D. GARDE DES PERSONNES DÉPENDANTES

Si le Bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation ;
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DOM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au

domicile, pour garder les personnes dépendantes.

E. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.**

Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermale.

F. DISPOSITIF DE TÉLÉASSISTANCE

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum.**

L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

G. PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du Bénéficiaire ou jusqu'à son lieu d'hospitalisation.

18. PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE D'UN ENFANT BÉNÉFICIAIRE

A. GARDE D'ENFANTS MALADES OU BLESSÉS À DOMICILE DE MOINS DE 16 ANS

Afin de permettre au Bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, l'Assisteur propose au Bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile **pour une période de 5 jours ouvrables maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour** ou si le Bénéficiaire le souhaite, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Cette prestation ne s'appliquera qu'au-delà des jours de congés de garde d'enfants malades accordés par la convention collective du Bénéficiaire salarié.

Justificatifs :

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par mail à medecinconseil@rmasistance.fr ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'Assistance de la Mutuelle Ouest France, - à l'attention du médecin-conseil 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé. Le Bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'Assisteur les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. Le Bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à

joindre le médecin-conseil de l'Assisteur par téléphone (autant que nécessaire).

B. ÉCOLE À DOMICILE

La prestation « École à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, **à compter du 14^e jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant.** Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. **Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.** L'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge :

- soit les coûts non défiscalisables occasionnés ou l'organisation de la prestation **dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine, tous cours confondus** (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie ;
- soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire de l'Assisteur.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1^{re} et 2^e langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le Bénéficiaire au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge. Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

Justificatifs :

Le Bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'Assisteur un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place :

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

19. PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE, SUITE À UNE MALADIE, UN ACCIDENT OU UNE BLESSURE LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM

A. CONSEIL MÉDICAL EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT OU DE BLESSURE

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un Bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur

se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le Bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

B. TRANSFERT MÉDICAL

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- le transfert du Bénéficiaire vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- en cas d'accident ayant nécessité un passage aux urgences ou une hospitalisation entraînant une immobilisation, l'organisation et la prise en charge du retour au domicile du Bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur et si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé.

Selon l'état du Bénéficiaire, les transferts sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi,
- en utilisant le véhicule du Bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par l'Assisteur,
- en train,
- en avion de ligne régulière,
- en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

L'Assisteur se charge :

- de l'organisation du transfert,
- de la réservation d'un lit auprès de l'établissement de soins choisi,
- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du Bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert éventuel,
- de l'accueil à l'arrivée.

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restant à charge du Bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité Sociale. **Les transferts médicaux d'un établissement hospitalier vers un autre établissement de soins, pour raisons de confort ou rapprochement familial, sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur. Ainsi, l'Assisteur ne peut en aucun cas se**

substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du Bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et la famille du Bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT :

Tout refus par le Bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne la nullité du bénéfice de la prestation.

C. RETOUR DES ACCOMPAGNANTS

Lorsqu'un Bénéficiaire est transporté dans le cas d'un accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation, entraînant une immobilisation, l'Assisteur organise et prend en charge le transport des proches se déplaçant avec lui jusqu'au domicile de celui-ci si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé par ces proches.

20. PRESTATION EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM

Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état du Bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'Assisteur prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le Bénéficiaire a son domicile principal. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à **concurrence de 125 euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits**. Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le Bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. L'Assisteur participe aux frais d'hébergement à **concurrence de 125 euros TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits**. L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais.

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

21. À L'ANNONCE DE LA MALADIE

À l'annonce de la maladie, l'Assisteur propose au Bénéficiaire, en complément du dispositif mis en place dans l'établissement de soins, la mise en relation avec le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pour l'accompagner et le conseiller suite à cette annonce.

A. UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL ADAPTÉ

À l'annonce de la maladie, l'Assisteur propose, en complément du dispositif d'annonce mis en place dans les établissements de soins, la mise en relation avec une autre équipe médicale qui pourra reprendre, au besoin, le vocabulaire spécifique des différents soignants ainsi que leurs rôles et donner son avis sur la nature des examens prescrits.

B. FAVORISER LE BIEN-ÊTRE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

L'Assisteur propose un accompagnement psychologique sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels assurés par une équipe de psychologues.

À l'annonce de la maladie, les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- une écoute thérapeutique face aux appréhensions,
- une compréhension des mécanismes psychiques en jeu,
- une aide pour l'annonce du diagnostic aux proches...

L'Assisteur propose également un accompagnement pour de nouvelles habitudes de vie (addictions à un produit).

En complément, l'Assisteur prend en charge les frais annuels d'adhésion (sur justificatif) **dans la limite de 150 euros TTC** à une association choisie par le patient pour favoriser l'accès ou le maintien des liens sociaux durant la maladie.

C. LIMITER LES CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA MALADIE

L'Assisteur propose un accompagnement social sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels assurés par une équipe de travailleurs sociaux (Assistants de service social et Conseillères en Economie Sociale et Familiale).

À l'annonce de la maladie, les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- faire un état des lieux de la situation administrative,
- anticiper les conséquences sociales et financières de la maladie,
- favoriser l'organisation familiale en tenant compte des rendez-vous médicaux.

22. PENDANT LA DURÉE DU TRAITEMENT

Pendant la durée du traitement, l'Assisteur propose au Bénéficiaire, en complément du dispositif mis en place dans l'établissement de soins, la mise en relation avec le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pour l'accompagner et le conseiller tout au long du parcours de soins.

A. UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL ADAPTÉ

Durant toute la durée du protocole de soins, l'Assisteur propose la mise en relation avec un médecin qui délivrera

de l'information quant à la nature et aux effets secondaires des traitements ainsi que les solutions possibles pour les atténuer.

L'Assisteur donne accès à un suivi nutritionnel adapté à la pathologie cancéreuse pour, selon les situations, prévenir la prise de poids ou la dénutrition et adapter le régime alimentaire en fonction des contraintes liées au traitement et à la maladie.

En complément, l'Assisteur organise et prend en charge **le portage de 3 à 5 repas après chaque séance de chimiothérapie, radiothérapie ou d'immunothérapie**, prévue dans le protocole de soins, pendant la semaine qui suit le retour au domicile et **à concurrence de 30 portages pendant toute la durée du traitement**.

B. UN ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

L'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de chimiothérapie, radiothérapie ou d'immunothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile, et ce pendant toute la durée du traitement. Cette prestation s'organise :

- **dans le cadre des chimiothérapies protocolisées, à raison de 4 fois 2 heures durant les 3 semaines qui suivent chaque séance de chimiothérapie, dès lors qu'elles sont espacées d'au minimum 15 jours, et ce pendant toute la durée du traitement ;**
- **dans le cadre des radiothérapies, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 4 heures d'aide à domicile par semaine de soin ;**
- **lorsque le traitement est un traitement de chimiothérapie ou d'immunothérapie, à prise journalière, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 4 heures d'aide à domicile par semaine de soin.**

Pour pouvoir bénéficier de ces prestations d'assistance, le Bénéficiaire doit contacter l'Assisteur dans un délai de 48 heures avant ou après chaque séance.

C. FAVORISER LE BIEN-ÊTRE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

Durant toute la durée du protocole de soins, les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- une aide à la gestion des émotions,
- un soutien aux relations familiales,
- des séances de relaxation.

L'Assisteur propose un accompagnement par téléphone pour de nouvelles habitudes de vie (activité physique adaptée).

En complément, l'Assisteur organise et prend en charge **3 prestations de bien-être et de soutien dans la limite de 50 euros TTC par prestation pendant toute la durée du traitement**.

Ces prestations peuvent être :

- des séances de coiffure ou d'esthéticienne à domicile,
- des séances de pédicure,
- des prestations de livraison de courses alimentaires,
- des séances d'activité physique adaptée...

D. LIMITER LES CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA MALADIE

Durant toute la durée du protocole de soins, les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- rechercher des solutions pour limiter les surcoûts liés à la maladie,
- organiser et rechercher les financements pour le soutien à la vie quotidienne,
- informer et soutenir les proches dans leurs droits en tant qu'aidants.

En complément, l'Assisteur organise et prend en charge, pendant les séances de chimiothérapie, radiothérapie ou d'immunothérapie prévues dans le protocole de soins et quand cela est nécessaire, la garde des enfants à domicile à **concurrence de 40 heures pendant toute la durée du traitement.**

23. À LA FIN DU PROTOCOLE DE SOINS

Lorsque le protocole de soins est terminé, l'Assisteur propose au Bénéficiaire, en complément du dispositif mis en place dans l'établissement de soins, la mise en relation avec le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pour l'accompagner et le conseiller.

A. UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL ADAPTÉ

À la fin du protocole de soins (rémission ou traitement de confort), l'Assisteur assure la mise en relation avec un médecin qui apportera des informations de prévention santé (reprise d'une activité physique adaptée, alimentation, sommeil...).

En complément, l'Assisteur propose l'accès à un suivi nutritionnel pour adopter des habitudes alimentaires en prévention des facteurs de risque. Enfin, l'Assisteur organise et prend en charge la reprise d'une activité physique adaptée. Un programme d'accompagnement à travers **10 entretiens motivationnels maximum et un maximum de 3 séances de coaching Santé lui seront proposés, dans la limite de 50 euros TTC par séance.**

B. FAVORISER LE BIEN-ÊTRE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

À la fin des traitements curatifs (rémission ou traitement de confort), les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- une aide au réinvestissement adapté de la vie familiale et sociale,
- un soutien pour appréhender le retour à la vie professionnelle,
- un accompagnement à l'adaptation au nouvel état de santé.

L'Assisteur propose également un soutien pour de nouvelles habitudes de vie (activité physique adaptée).

En complément, l'Assisteur prend en charge sur justificatif **le coût d'un maximum de 3 séances de thérapie de groupe ou familiale dans la limite de 50 euros TTC par séance chez un professionnel référencé sur la liste ADELI.**

C. LIMITER LES CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA MALADIE

À la fin des traitements curatifs (rémission ou traitement de confort), les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- faciliter le retour à l'emploi,
- réinvestir progressivement la vie familiale et sociale,
- faire valoir ses droits en cas d'invalidité ou de handicap.

En complément, l'Assisteur prend en charge sur justificatif le coût d'une activité de loisir participant à la reconstruction de soi et/ou à la vie sociale **dans la limite de**

3 séances et à hauteur 50 euros TTC par séance.

24. EN FIN DE VIE

En cas de pronostic vital engagé, l'Assisteur propose au Bénéficiaire, en complément du dispositif mis en place dans l'établissement de soins, la mise en relation avec son département d'accompagnement psycho-social pour l'accompagner et le conseiller.

A. UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL ADAPTÉ

En cas de pronostic vital engagé, l'Assisteur met à disposition un médecin qui expliquera les conditions de prise en charge palliative et des différents types d'hospitalisation possible. Des informations sur les traitements non médicamenteux pouvant agir sur l'état physique et moral du patient.

En complément, l'Assisteur prend en charge sur justificatif le coût de 3 séances auprès d'un professionnel de santé référencé sur la liste ADELI pour le Bénéficiaire dans la limite de 50 euros TTC par séance.

B. FAVORISER LE BIEN-ÊTRE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

En cas de pronostic vital engagé, les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- une aide à la verbalisation des émotions,
- des séances de relaxation,
- un accompagnement spécifique à destination des proches.

En complément, l'Assisteur prend en charge pour un proche ou une personne désignée par le Bénéficiaire, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre au chevet du Bénéficiaire ; ceci uniquement au départ du pays où le Bénéficiaire a son domicile principal. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à **concurrence de 125 euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits (frais de restauration exclus).**

C. LIMITER LES CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA MALADIE

En cas de pronostic vital engagé, les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- faciliter l'adaptation du domicile,
- rechercher des financements pour des frais annexes à l'Hospitalisation À Domicile (HAD),
- informer sur les dispositifs de protection des majeurs ou d'expression des souhaits du patient en fin de vie.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX AIDANTS

25. BILAN PSYCHO-SOCIAL DE LA SITUATION

À tout moment, lorsque le Bénéficiaire se trouve en situation d'aidant, il peut solliciter l'expertise du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pour faire le point sur la situation. À l'issue de cet entretien, un accompagnement téléphonique sera proposé :

- pour un soutien moral par des psychologues avec un nombre illimité d'entretiens par année civile,
- pour une aide aux démarches sociales avec des assistantes sociales,

- pour une aide à la gestion du quotidien avec des conseillères en économie sociale et familiale,
- pour des appels de convivialité par un écoutant social.

Les professionnels de l'équipe sont soumis à la confidentialité et le coût des accompagnements est pris en charge par l'Assisteur.

En complément, l'Assisteur met à disposition l'accès à une plateforme digitale dédiée aux aidants permettant aux Bénéficiaires, selon leur profil et leur secteur d'habitation, de recevoir des informations personnalisées, actualisées et évolutives :

- portail d'informations et d'actualités géolocalisées et personnalisées, accès à des services en ligne, avec possibilité de renvoi vers l'Assisteur pour un contact avec des professionnels.

26. ASSISTANCE PRÉVENTIVE

À tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur sur son sentiment d'épuisement. Un accompagnement pourra être initié ou repris à cette occasion chaque fois que nécessaire.

De même, si l'aidant le souhaite, les professionnels du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pourront organiser des appels systématiques à intervalles définis ensemble.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois par année civile.

A. PRÉVENTION DE L'ÉPUISEMENT DE L'AIDANT

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) à hauteur d'une enveloppe financière maximum de 300 euros TTC, soit :

- une session de formation, en fonction de l'existant sur le secteur d'habitation, portant sur le rôle d'aidant et/ou sur les gestes et postures ;
- l'acquisition de matériel paramédical ou aides techniques adaptés ;
- une session de médiation avec un professionnel titulaire d'un Diplôme d'État (DE).

B. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DE L'AIDANT

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif), soit :

- l'accès à une activité physique adaptée à domicile ou dans un club, à concurrence de 3 séances ;
- la mise en place d'une présence à domicile pendant l'absence de l'aidant pour des rendez-vous médicaux à concurrence de 12 heures ;
- l'accès à un conseil médical par téléphone.

C. SOUTIEN POUR LA VIE QUOTIDIENNE

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- un bilan sur mesure au domicile du Bénéficiaire, réalisé par un ergothérapeute qui apporte des conseils sur l'habitat et l'environnement du Bénéficiaire afin de déterminer les éventuels aménagements et solutions de prévention possibles. Sur demande du Bénéficiaire, l'Assisteur propose la mise en relation avec un réseau d'artisans pour la réalisation des travaux. A l'issue, une visite de conformité sera réalisée. **Les coûts d'aménagement restent à la charge du bénéficiaire et ne sont pas pris en charge par l'Assisteur ;**

- la mise en place d'un service de téléassistance et le financement des frais d'installation et l'abonnement à **concurrence d'une enveloppe budgétaire de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 6 mois maximum ou à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 60 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum ;**
- l'accès à un soutien moral entre pairs par l'inscription à une association ;
- l'accès à un réseau d'entraide et d'échanges par le financement de l'inscription le cas échéant ;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, à **concurrence de 5 entretiens par année civile.**

D. SOUTIEN AU MAINTIEN DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DE L'AIDANT

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'une présence responsable et son financement à hauteur d'un maximum de 12 heures ;
- la mise en place d'un portage de repas et son financement à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été prise en charge pour la présence responsable.

27. ASSISTANCE EN CAS DE SITUATION DE CRISE

L'ensemble des prestations est délivré dans le cadre d'un accompagnement du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur :

- par un psychologue, en complément du suivi visant à mieux vivre la situation, à travailler autour des émotions générées par la situation et sur la relation aidant/aidé,
- par un travailleur social, en adéquation avec les démarches visant notamment la gestion des impacts de la maladie sur le quotidien, un accès au répit et à son financement et à la mise en relation avec un réseau d'aide de proximité...

A. EMPÊCHEMENT DE L'AIDANT LIÉ À SON ÉTAT DE SANTÉ

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, **l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :**

- une prestation d'aide à domicile à concurrence de 15 heures ;
- une prestation de bien-être et de soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 euros TTC, telle(s) que :
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - petit jardinage,
 - séance(s) de coiffure ou d'esthéticienne à domicile, de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.
- l'organisation et le financement du coût du transport d'un proche au domicile si l'aidant partage

habituellement le domicile de la personne aidée dans la limite de 500 euros TTC ;

- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à concurrence de 300 euros TTC.

La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

B. ÉPUISEMENT DE L'AIDANT

En cas de situation d'épuisement de l'aidant attestée par un certificat médical d'une part et par l'analyse du département d'accompagnement psycho-social d'autre part, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- une prestation de garde de nuit à domicile à hauteur de 2 nuits consécutives ;
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit ;
- l'organisation d'un accueil de jour, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit.

La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

C. DÉGRADATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA PERSONNE AIDÉE

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de la personne aidée qui engendre une diminution de ses capacités attestées médicalement, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- une aide à domicile à concurrence de 15 heures ;
- une prestation de Bien-être et de Soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 euros TTC, telle(s) que :
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - petit jardinage,
 - séance(s) de coiffure ou d'esthéticienne à domicile, de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.
- une prestation de garde de nuit à domicile à hauteur de 2 nuits consécutives ;
- un bilan sur mesure au domicile du Bénéficiaire, réalisé par un ergothérapeute qui apporte des conseils sur l'habitat et l'environnement du Bénéficiaire afin de déterminer les éventuels aménagements et solutions de prévention possibles. Sur demande du Bénéficiaire, l'Assisteur propose la mise en relation avec un réseau d'artisans pour la réalisation des travaux. A l'issue, une visite de conformité sera réalisée. **Les coûts d'aménagement restent à la charge du bénéficiaire et ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.**

La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assisteur

selon les besoins du Bénéficiaire.

28. FIN DE LA SITUATION D'AIDANT

À tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur sur son besoin de soutien à ce nouveau changement. Un soutien (administratif, psychologique et juridique) renforcé pourra être initié à cette occasion.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois dans l'année qui suit la fin de situation d'aidance.

A. LORSQUE LA PERSONNE AIDÉE RETROUVE SES CAPACITÉS

Lorsque la personne aidée est en état de rémission ou guérison médicalement constatée, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- le coût d'une activité de loisirs permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses à concurrence de 3 séances ;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, à hauteur d'un maximum de 5 entretiens par année civile ;
- l'accès pour l'aidant à une activité physique dans un club, à concurrence de 3 séances.

B. LORSQUE LA PERSONNE AIDÉE DÉCÈDE

En cas de décès de la personne aidée et sur présentation de l'acte de décès, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- le coût de l'inscription à une association permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses à hauteur du coût de la cotisation annuelle ;
- l'accès à un conseil gestion du budget et organisation du quotidien, à hauteur d'un maximum de 5 entretiens.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

29. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE EN CAS DE DÉCÈS

A. ENREGISTREMENT ET RESPECT DES VOLONTÉS

Il s'agit de la volonté manifestée par le Bénéficiaire, quant aux indications d'organisation de ses obsèques.

Le Bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques, à savoir : le mode de sépulture, le type de cérémonie, la nature du culte, le lieu d'inhumation ou la destination des cendres, la présence de fleurs, ainsi que les personnes à prévenir.

Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat. Sur simple appel téléphonique auprès de l'Assisteur, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que le Bénéficiaire puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détenant les informations d'accès. Lors du décès d'un des Bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres

Bénéficiaires désignés à l'article « DOMAINE D'APPLICATION - 1. BÉNÉFICIAIRES » ou de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'Assisteur communiquera le contenu de cet enregistrement.

B. ORGANISATION DES OBSÈQUES

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux Bénéficiaires, l'Assisteur propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'Adhérent décédé. L'Assisteur conseille et organise, pour le compte des Bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. **Le coût des obsèques reste à la charge des Bénéficiaires.**

C. ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lors du décès de l'Adhérent, ce service permet à l'entourage de l'Adhérent de bénéficier, à sa demande, du programme suivant :

- analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis),
- information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer,
- aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir,
- évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en œuvre,
- assistance à la mise en place de la solution psycho-sociale proposée.

La prestation est soumise au secret professionnel et l'Assisteur ne se substitue pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux...).

D. SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ÉCOUTE

Un service d'accompagnement et d'écoute est mis à disposition du Bénéficiaire ainsi qu'à ses proches en cas de décès afin de les aider à l'organisation des obsèques et d'apporter une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue.

30. PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS EN FRANCE

Lors du décès d'un Bénéficiaire en France, l'Assisteur évalue la situation au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge pour l'un des autres Bénéficiaires, la prestation la plus adaptée à ses besoins **dans la limite du plafond mentionné.**

A. AIDE À DOMICILE

Lors du décès d'un Bénéficiaire, l'Assisteur met à la disposition d'un des autres Bénéficiaires, une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes, **à concurrence de 10 heures.**

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

B. PRESTATIONS DE BIEN-ÊTRE ET DE SOUTIEN

Lors du décès d'un Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) une prestation de bien-être de soutien à **hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile pour l'un des autres**

Bénéficiaires :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- petit jardinage,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- séance(s) de coiffure ou d'esthéticienne à domicile, de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

C. GARDE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

Lors du décès d'un Bénéficiaire qui a la responsabilité d'enfants ou petits- enfants de moins de 16 ans ou d'enfants handicapés (sans limite d'âge), l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour dans les 5 premiers jours qui suivent le décès.** Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- soit le transport aller/retour des enfants ou petits-enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants ou petits-enfants.

D. GARDE OU TRANSFERT DES PERSONNES DÉPENDANTES

Lors du décès d'un Bénéficiaire qui a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour dans les 5 premiers jours qui suivent le décès ;**
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Adhérents domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

E. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Lors du décès d'un Bénéficiaire et s'il a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.**

F. DISPOSITIF DE TÉLÉASSISTANCE

Lors du décès d'un Bénéficiaire, l'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance pour l'un des autres Bénéficiaires et prend en charge les frais d'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum.** L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par

L'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

G. AVANCE DE FONDS

Si l'un des autres Bénéficiaires ou les proches du Bénéficiaire sont subitement démunis de moyens financiers, l'Assisteur leur procure, à titre d'avance, sans intérêt, **une somme maximum de 3 050 euros TTC**, pour les frais d'obsèques. **Cette somme est remboursable dans un délai de 30 jours, à compter de la date de versement des fonds par l'Assisteur, au-delà duquel l'Assisteur est en droit d'en poursuivre le recouvrement.**

A cet effet, un chèque de garantie du montant de l'avance sera exigé concomitamment à la demande.

31. PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS D'UN PROCHE DU BÉNÉFICIAIRE EN FRANCE

Retour prématuré

Si le Bénéficiaire doit interrompre son séjour en France ou à l'étranger, afin d'assister aux obsèques d'un proche, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour du Bénéficiaire.

32. PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS DE L'ADHÉRENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE ET DANS LE MONDE ENTIER

Les prestations décrites ci-dessous s'appliquent :

- en France ou dans les DROM, à plus de 50 kilomètres du domicile principal du Bénéficiaire,
- lors d'un déplacement à titre privé* ou professionnel de moins de 31 jours consécutifs, pour les prestations en déplacement.

**Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.*

A. TRANSFERT OU RAPATRIEMENT DU CORPS OU DE L'URNE CINÉRAIRE

En cas de décès de l'Adhérent lors d'un déplacement, l'Assisteur organise le rapatriement ou le transfert de la dépouille mortelle ou de ses cendres, jusqu'au lieu d'inhumation le plus proche de son domicile en France ou dans les DROM.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement/transfert (pompes funèbres, transporteurs...) est du ressort exclusif de l'Assisteur. Sous cette condition expresse, les frais de transport, d'embaumement et d'administration, ainsi qu'un cercueil standard, conforme aux règlements internationaux pour permettre le transport, sont également pris en charge par l'Assisteur.

Dans le cas où la famille du Bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le rapatriement ou refuse la solution proposée par l'Assisteur, les frais correspondants sont à sa charge.

Frais non pris en charge :

Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps (tels que les ornements ou accessoires), les frais d'obsèques et d'inhumation ou de crémation, ainsi que les frais de convois locaux.

Retour différé du corps :

A la suite d'une inhumation provisoire sur place, l'Assisteur prend en charge les frais de rapatriement/transfert. **Dans tous les cas, les frais d'exhumation sont exclus.**

B. ASSISTANCE DES PROCHES EN CAS DE DÉCÈS

Lors du décès d'un Bénéficiaire, l'Assisteur se charge d'indiquer à la famille ou à un proche ou à l'un de

Bénéficiaires, les formalités à accomplir vis-à-vis des organismes de Pompes Funèbres et Municipaux pour le transfert de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation. Si la présence sur place d'un Bénéficiaire s'avère indispensable pour effectuer les formalités de reconnaissance ou de transfert, l'Assisteur organise et prend en charge le transport du Bénéficiaire. Dans ce cas, l'Assisteur prend en charge sur justificatifs, les frais d'hébergement de la personne s'étant déplacée, à concurrence de 125 euros TTC par jour dans la limite de 5 jours au maximum.

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

C. RETOUR DES BÉNÉFICIAIRES ET/OU DE L'ACCOMPAGNANT

L'Assisteur organise également et prend en charge le retour jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation en France Métropolitaine, Monaco ou Andorre des Bénéficiaires se trouvant sur place et / ou de l'accompagnant (à condition qu'il ait la qualité de Bénéficiaire de l'Adhérent), s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, ainsi que les animaux de compagnie voyageant avec l'Adhérent et / ou l'accompagnant.

L'Assisteur organise le transport des Bénéficiaires susvisés et / ou de l'accompagnant depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France ou DROM, ou jusqu'au lieu d'inhumation en France ou dans les DROM.

D. MISE À DISPOSITION D'UN TAXI

L'Assisteur met à la disposition des Bénéficiaires un taxi à concurrence de 155 euros TTC.

Cette prestation reste acquise dans la limite des trois jours suivant le décès de l'Adhérent et ne peut porter que sur des trajets en rapport avec cet événement.

CADRE JURIDIQUE

33. ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance sont assurées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682.

34. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES

A. COMPORTEMENT ABUSIF

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire du contrat.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au Bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

B. RESPONSABILITÉ

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur.

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

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales. L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

C. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

35. EXCLUSIONS

A. EXCLUSIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les frais engagés sans accord préalable de l'Assisteur et non expressément prévus par la présente notice d'information,
- les frais non justifiés par des documents justificatifs,
- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation

du noyau de l'atome,

- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge des services de l'Assisteur matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au Bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

B. EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES PRESTATIONS EN CAS DE DEMANDE D'ASSISTANCE À L'ÉTRANGER

Dans le cadre de la présente garantie, l'Assisteur ne prend pas en charge :

- les cas d'assistance dont le fait générateur est antérieur à l'adhésion aux garanties d'assistance et au voyage,
- les conséquences d'actes intentionnels de la part du Bénéficiaire ou les conséquences d'actes dolosifs,
- les conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'instabilité notoire, de mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure,
- les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectant diffusés de façon intentionnelle ou accidentelle, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool,
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions (ou leurs essais) quelles qu'elles soient, soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque le Bénéficiaire y participe en qualité de concurrent,
- les conséquences des tentatives de suicide,
- les cures thermales, les interventions à caractère esthétique et leurs conséquences éventuelles, les séjours en maison de repos, la rééducation, kinésithérapie, chiropraxie, les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,

- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou l'interruption volontaire de grossesse,
- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence,
- les demandes relatives à la procréation ou à la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les dommages survenus au Bénéficiaire se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire,
- les frais consécutifs aux traitements ordonnés en France avant le départ ou après le retour,
- les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple), les frais d'appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires, orthopédiques notamment),
- les frais de secours et de recherches de toute nature,
- les frais de soins dentaires supérieurs à 160 euros TTC,
- les frais engagés en France qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus à l'étranger ou dans le pays de résidence habituelle,
- les frais liés à la prise en charge d'états pathologiques ne relevant pas de l'urgence, les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination, les frais de bilan de santé et de traitements médicaux ordonnés dans le pays de résidence habituelle, les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques engagés dans le pays de résidence habituelle qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie, blessure(s) ou accident survenus hors du pays de résidence habituelle du Bénéficiaire,
- les frais occasionnés par la pratique d'un sport violent (sport de lutte (avec ou sans armes blanches), art martiaux et boxe) ou sports extrêmes basée sur le milieu dans lequel ils sont pratiqués : les sports aériens (base jump, saut à élastique, vol à voile, parapente, deltaplane, saut en parachute), les sports terrestres (alpinisme, escalade) et les sports aquatiques (barefoot, plongeon de haut vol, apnée) exercés en club ou en compétition, en amateur ou en professionnel,
- les greffes ou ablations d'organes, de tissus ou de cellules,
- les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le jour du départ en voyage et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse au-delà de la 28ème semaine,
- les litiges dont le Bénéficiaire avait connaissance lors de l'adhésion aux garanties d'assistance,
- les voyages entrepris et les frais engagés dans un but de diagnostic et/ou de traitement lié à un état pathologique antérieur,
- tout acte intentionnel de la part du Bénéficiaire pouvant entraîner la mise en œuvre des garanties d'assistance,
- toute imprudence ou risque inutile pris par le Bénéficiaire, ou tout manquement de sa part à prendre des mesures raisonnables de précaution, sauf s'il a agi pour tenter de sauver une personne en danger,
- un fait générateur trouvant son origine dans une maladie et/ou blessure préexistante(s) diagnostiquée(s)

et/ou traitée(s) ayant fait l'objet d'une hospitalisation (hospitalisation continue, hospitalisation de jour ou ambulatoire) dans les 6 mois précédant la demande d'assistance, qu'il s'agisse d'une manifestation ou de l'aggravation dudit état.

De même, le Bénéficiaire n'est pas couvert s'il voyage dans les cas suivants :

- contrairement à l'avis de son médecin,
- après avoir reçu un diagnostic de maladie chronique en phase terminale,
- lors d'une période de maladie, de traitement important ou d'incapacité à travailler, s'il doit subir une opération chirurgicale, sans que cela n'ait été encore fait.

Concernant les remboursements des frais médicaux à l'étranger :

Les garanties sont mises en œuvre sans préjudice des dispositions des articles L 871-1 et suivants du code de la Sécurité Sociale et des textes pris pour leur application. A ce titre sont exclues la prise en charge des franchises médicales et des participations forfaitaires dans l'hypothèse où elles ont été appliquées par la Sécurité Sociale.

36. NULLITÉ DE LA PRESTATION

Si le Bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le Bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

37. RECOURS

Le Bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

38. SUBROGATION

L'Assisteur est subrogé 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 l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du Bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

39. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'informations sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'Adhérent, du Bénéficiaire ou de l'ayant

droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la Mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code Civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

40. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une

réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé

Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci. Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Annexe 3 – Document d'information préalable

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

MUTUELLE D'OUEST FRANCE

Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité - enregistrée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 390 730 893

Siège social : 10, rue du Breil - 35051 Rennes Cédex

Assisteur : Ressources Mutuelles Assistance (RMA, union technique d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, dont le siège social se situe : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex – numéro LEI 969500Y286NRBOATRB28)

Produit : Garantie Santé du contrat collectif à adhésion obligatoire



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ce produit d'assurance de groupe est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des prestations en nature de la Sécurité sociale. Il est réservé aux membres du personnel salarié de l'entreprise qui souscrit, dont le contrat de travail est en cours et aux anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties au titre de la portabilité. Le produit Garantie Santé Mutuelle d'Ouest France respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds** et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, honoraires des auxiliaires-médicaux et des sages-femmes, analyses et examens de laboratoire, actes d'imagerie et techniques médicaux, médicaments pris en charge par le RO.
- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire pour les actes lourds, frais liés à l'hébergement.
- ✓ **Prévention et médecine douce** : vaccins et ostéodensitométrie prescrits et pris en charge par le RO, médecine douce, actes de prévention prévus par la législation du contrat responsable.
- ✓ **Autres prestations** : frais de cure thermale pris en charge par le RO (honoraires et frais), frais de transport pris en charge par le RO.
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses 100% Santé, soins et prothèses hors 100% Santé : soins et prothèses dentaires pris en charge par le RO, implant racine pris en charge ou non par le RO, parodontologie non prise en charge par le RO, orthodontie prise en charge par le RO.
- ✓ **Optique** : équipements et prestations 100% Santé, équipements hors 100% Santé, prestations prises en charge par le RO, lentilles prescrites et prises en charge ou non par le RO, opération de la myopie.
- ✓ **Orthopédie et appareillage** : aides auditives 100% Santé, aides auditives hors 100% Santé, piles et accessoires audio prothétiques pris en charge par le RO, orthopédie, orthèse et appareillage médical pris en charge par le RO.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Tiers-payant
- ✓ Réseaux de soins qualitatifs et tarifaires optique, dentaire et audio prothétique
- ✓ Services de téléconsultations médicales
- ✓ Services de prise de rendez-vous médicaux
- ✓ Action sociale

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Ecoute, conseil et orientation, Accompagnement psycho-social
- ✓ Prestation d'assistance en cas d'hospitalisation, de maternité, d'immobilisation
- ✓ Prestations complémentaires en soutien à la maternité et parentalité
- ✓ Prestation d'assistance aux bénéficiaires suivis en oncologie
- ✓ Prestations d'assistance complémentaires et spécifiques aux personnes handicapées et aux aidants

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les soins et les frais non remboursés par le régime obligatoire et non expressément prévus dans le descriptif de la garantie.

La liste de ce qui n'est pas assuré n'est pas exhaustive, se référer à la notice.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Les participations forfaitaires et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Les dépenses de forfait journalier et de chambre individuelle sont exclues lorsqu'elles sont liées à des hospitalisations non prises en charge par le RO et celles des établissements d'hébergement médicaux sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergements pour les personnes dépendantes (EHPAD) et Maison d'enfant à caractère sanitaire (MECS).
- ! Les dépassements de tarifs au-delà des prix limites de vente pour les équipements 100% Santé d'optique et d'aides auditives, et les dépassements d'honoraires au-delà des honoraires limites de facturation pour les soins et prothèses dentaires 100% Santé.
- ! Les dépassements de tarifs au-delà des limites de remboursement global incluant le remboursement du régime obligatoire fixées par la réglementation.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Chambre particulière : prise en charge limitée à 120 jours/an en médecine-chirurgie, 90 jours/an en soins de suite et réadaptation et 60 jours/an en psychiatrie.
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans. Toutefois, en cas d'évolution de la vue, un équipement peut être remboursé tous les ans pour les adultes à partir de 16 ans et des nouveaux verres correctifs peuvent être remboursés pour les enfants jusqu'à 16 ans.
- ! Aides auditives : prise en charge limitée à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans.
- ! Médecine douce : la prise en charge est limitée, par an, à 10 séances toutes spécialités confondues. Les professionnels de santé doivent être titulaire d'un numéro Finess / RPPS.

La liste des exclusions n'est pas exhaustive, se référer à la Notice.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Remboursement des soins : en France et à l'étranger. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Assistance : en France Métropolitaine et en outre-mer, en principauté d'Andorre et en principauté de Monaco.



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription :

- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle,
- Signer les documents contractuels,
- Remettre la Notice d'information du contrat aux salariés.

En cours d'adhésion :

- Affilier les salariés appartenant à la catégorie objective du contrat dès leur embauche (hors cas de dispense prévus par la réglementation),
- Régler la cotisation indiquée aux conditions particulières (par le souscripteur telle qu'indiquée aux conditions particulières, par le salarié telle qu'indiquée sur le certificat de garanties pour les garanties facultatives si prévues au contrat)
- Informer la mutuelle de toute sortie des salariés,
- Informer la Mutuelle en cas de changement relatif à l'entreprise

Pour le versement des prestations :

Il appartient au Membres participants et leurs éventuels ayants droit de :

- Fournir tous les justificatifs nécessaires au remboursement des soins prévus au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations relatives aux garanties de base obligatoires sont payables par le souscripteur à terme échu aux échéances prévues au contrat (trimestriellement ou mensuellement).

Les paiements peuvent être effectués par virement bancaire, ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée aux conditions particulières.

L'adhésion est conclue jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle par la suite automatiquement d'année en année sauf résiliation par l'une des Parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat est résiliable par le souscripteur dans les cas et conditions prévus au contrat. Il peut notamment être résilié sans justificatif :

- chaque année à la date de l'échéance principale du contrat moyennant un préavis de deux mois, soit avant le 31 octobre,
- à tout moment, sans frais ni pénalité, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la plus récente des deux dates entre la date d'adhésion au présent contrat et la date d'effet du dernier changement de niveau de garanties demandé le cas échéant.

La demande doit être adressée par lettre, tout autre support durable, moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité.

La faculté de résiliation est également offerte au salarié pour les seules garanties facultatives, si prévues au contrat, dans les mêmes conditions que précédemment

CONTACTS

Pour toute réclamation : Formulaire de contact sur votre espace adhérent

Pour toute demande relative à la protection de vos données personnelles :

Par courriel : vyv-partenariat-dpo@groupe-vyv.fr

Par courrier postal : Mutuelle d'Ouest-France - 10, rue du Breil - 35051 Rennes Cédex 9

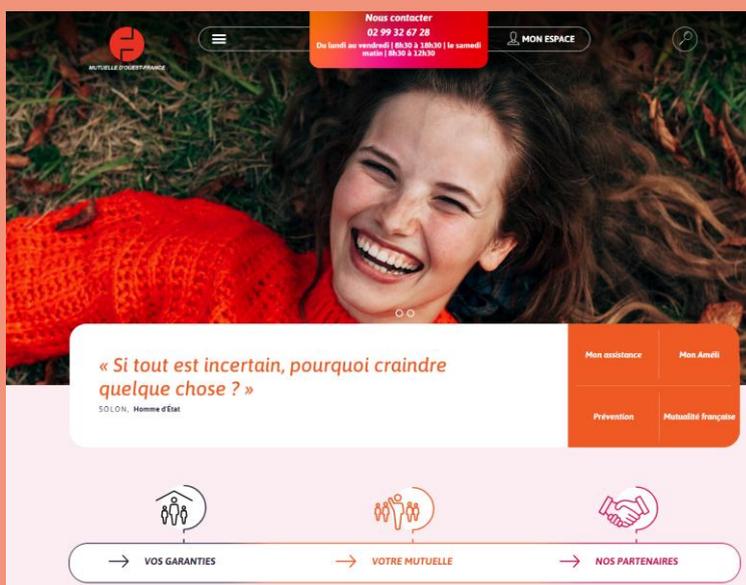
Pour toute demande de renseignement, vous pouvez nous contacter :

Par téléphone : 02 99 32 67 28 du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi matin de 8h30 à 12h00

Par l'espace adhérent : via le site internet de la Mutuelle ou via l'application mobile « LA Mutuelle d'Ouest-France ».

VOTRE SITE INTERNET

mutuelle-ouestfrance.fr



Un site où vous pourrez via votre espace adhérent :

- Éditer votre carte d'adhérent
- Effectuer votre changement d'adresse
- Prendre connaissance du fonctionnement de la mutuelle
- Consulter vos remboursements
- Déposer vos demandes
- Localiser l'opticien, l'audioprothésiste et l'ostéopathe Kalixia le plus proche de chez vous

TOUT CECI EN 1 SEUL CLIC !

