



## **MUTUELLE D'OUEST-FRANCE**

10, rue du Breil - 35051 Rennes Cédex 9

### **Règlement mutualiste**

**Dispositions applicables à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025**

#### Table des matières

PREAMBULE.....	3
TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	3
CHAPITRE 1.....	5
Article 1 : Membres participants.....	5
Article 2 : Formalités d'adhésion.....	5
Article 3 : Garanties proposées.....	6
Article 4 : Prise d'effet de l'adhésion.....	6
Article 5 : Durée et renouvellement de l'adhésion.....	6
CHAPITRE 2.....	7
Article 6 : Catégories de bénéficiaires.....	7
Article 7 : Réadmission de bénéficiaires.....	7
Article 8 : Les bénéficiaires.....	7
CHAPITRE 3.....	8
Article 9 : Faculté de renonciation.....	8
Article 10 : Résiliation par le Membre Participant.....	8
Article 11 : Résiliation par la Mutuelle.....	9
Article 12 : Retrait d'un Ayant droit.....	10
Article 13 : Conséquences de la résiliation ou démission des garanties sur le droit à prestation.....	10
CHAPITRE 4.....	11
Article 14 : Fausse déclaration.....	11
Article 15 : Exclusion.....	11
Article 16 : Subrogation.....	11
Article 17 : Prescription.....	11
Article 18 : Lutte contre le blanchiment des capitaux.....	12
Article 19 - Informations pratiques, réclamations et médiation.....	12
Article 20 : Loi et langue applicable – juridiction compétente.....	12
Article 21 : Autorité de contrôle.....	13
Article 22 : Protection des données à caractère personnel.....	13
TITRE II – LES COTISATIONS.....	15
Article 23 : Cotisations.....	15
Article 24 : Modalité de règlement.....	15
Article 25 : Evènements survenant en cours d'adhésion.....	16

Article 26 : Révision de la cotisation .....	16
TITRE III – LA GARANTIE « FRAIS DE SANTÉ » .....	17
Article 27 : Définition .....	17
Article 28 : Objet des prestations .....	17
Article 29 : Bénéficiaires des garanties .....	17
Article 30 : Caractère solidaire et responsable .....	17
Article 31 : Tableaux des garanties .....	18
Article 32 : Tiers payant .....	19
Article 33 : Limite des remboursements .....	19
Article 34 : Modalités de remboursement des prestations .....	19
Article 35 : Forclusion, délai de présentation des justificatifs .....	19
Article 36 : Règlement des prestations .....	19
Article 37 : Pièces justificatives et contrôles .....	20
Article 38 : Prestations indûment versées .....	21
Article 39 : Déchéance des droits à prestations en cas de fraude .....	21
Article 40 : Risques exclus .....	21
Article 41 : Cessation des garanties .....	21
Article 42 : Risques couverts à l'étranger .....	22
Article 43 : Dates de référence pour le règlement des prestations .....	22
Article 44 : Accident avec un tiers en cause .....	22
Article 45 : Allocation en espèce .....	22
Article 46 : Participation forfaitaire à la charge de l'assuré .....	23
Article 47 : Garanties .....	23
TITRE IV – ENTRAIDE SOCIALE, SERVICES .....	28
CHAPITRE 1 .....	28
Article 48 : Commission d'entraide et Bénéficiaires .....	28
Article 49 : Dépôt d'une demande d'entraide .....	28
CHAPITRE 2 .....	29
Article 50 : Assistance .....	29
Article 51 : Réseau de soins Kalixia .....	29
Article 52 : Téléconsultations sans rendez-vous MAIIA .....	29
Annexe 1 : Tableau des garanties .....	30
Annexe 2 : Obligations d'information précontractuelle et préalable vente à distance .....	35
Annexe 3 : Document d'information préalable (IPID) .....	38
Annexe 4 : Assistance .....	40

## PREAMBULE

Le présent règlement définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la Mutuelle. Les dispositions du règlement déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties d'assurance « frais de santé » au profit de ses membres participants, dans le cadre d'opérations individuelles, et ce dans le respect des principes mutualistes définis à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité.

Il a été adopté par le Conseil d'administration.

Tous les membres participants sont tenus de s'y conformer.

## TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### I. Définitions

Au sein du présent Règlement Mutualiste :

- Le terme « Mutuelle » désigne la Mutuelle d'Ouest France (MOF), Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, numéro SIREN 390 730 893, numéro LEI 9695006KJFVAJEYCEF48, et dont le siège social est situé au 10, rue du Breil - 35051 Rennes Cédex 9 ;
- Le terme « Membre Participant » désigne la personne physique bénéficiant des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et ouvrant le droit à ses Ayants droit (Article L.114-1 du Code de la mutualité) ;
- L'expression « garantie frais de santé » désigne la garantie ayant pour objet la couverture de frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, d'analyse ou d'appareillage, des dépenses engagées pour obtenir certaines de ces prestations (frais de séjour, d'hospitalisation ou de transport), ainsi que d'autres frais en relation avec la santé.

Pour faciliter la lecture du présent Règlement Mutualiste, la Mutuelle invite les Membres Participants à consulter le glossaire de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM) disponible sur le site internet de l'Union [www.unocam.fr](http://www.unocam.fr). Ce glossaire n'a toutefois pas de valeur contractuelle et ne peut être opposable à la Mutuelle par les Membres Participants.

### II. Objet

Le présent Règlement Mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque Membre Participant et la Mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations, et ce conformément à l'Article L.114-1 du Code de la mutualité.

Tous les Membres Participants sont en conséquence tenus de s'y conformer.

Le présent Règlement Mutualiste répond aux exigences de l'Article L.110-2 du Code de la mutualité.

Le bulletin d'adhésion à la Mutuelle précise l'identité des personnes bénéficiaires des prestations ainsi que la formule et les garanties qui ont été choisies par le Membre Participant et les « Dispositions Particulières » applicables au Membre Participant compte tenu de sa situation.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts et des droits et obligations définis par le présent Règlement Mutualiste, conformément à l'Article L.114-1 du Code de la mutualité.

Conformément à l'Article L.221-5 du Code de la mutualité, toute modification du présent Règlement Mutualiste (en ce inclus les cotisations et les prestations et ce aussi bien à la hausse qu'à la baisse) doit être portée à la connaissance des Membres Participants.

Toute modification des cotisations et/ou prestations est constatée par la notification de celles-ci aux Membres Participants entre autres via courrier postal, e-mail, via mise à disposition dans l'espace adhérent, etc.

Toute modification n'est applicable qu'après avoir été notifiée aux Membres Participants.

En application de l'Article L.221-3 du Code de la mutualité, la Mutuelle peut souscrire des contrats collectifs auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses Membres Participants ou une catégorie d'entre eux, de garanties supplémentaires.

L'ensemble des Membres Participants ou les catégories de Membres couverts par le contrat bénéficient alors obligatoirement du contrat souscrit par la Mutuelle.

Chaque garantie est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur.

### **III. Informations précontractuelles**

La Mutuelle remet au Membre Participant ou futur Membre Participant, avant la signature du bulletin d'adhésion, les Statuts et le Règlement Mutualiste, qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques, ainsi que le document d'information normalisé, conformément à l'Article L.221-4 du Code de la mutualité.

Le Règlement Mutualiste comporte un document annexé listant les informations précontractuelles obligatoires en cas de vente à distance au sens de l'Article L.221-18 du Code de la mutualité.

Les dispositions particulières applicables à un Membre Participant sont indiquées sur son bulletin d'adhésion, au Règlement Mutualiste et sur le certificat de garanties transmis par la Mutuelle au Membre Participant en confirmation de son adhésion.

# CHAPITRE 1

## Adhésion

### Article 1 : Membres participants

#### a. Membres participants des opérations individuelles

Peuvent adhérer à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions suivantes :

- Les anciens salariés ayant cessé tout travail jusqu'à l'obtention d'une retraite, dans le cadre de la Loi Evin.
- Les anciens salariés en CDI du groupe SIPA Ouest-France, dès lors que l'entité concernée aura souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle d'Ouest-France, à l'occasion du départ en retraite selon la législation en vigueur, et maintenus à la mutuelle. Cette faculté d'adhésion est soumise à la condition d'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.
- Les conjoints au sens large (veuves ou veufs, partenaire de PACS, concubines ou concubins) de salariés décédés en activité ou retraités de l'entreprise Ouest-France du présent règlement mutualiste. Cette faculté d'adhésion est soumise aux conditions d'avoir été ayant droit de l'adhérent décédé au moment de son décès et faire une demande d'adhésion auprès de la Mutuelle d'Ouest-France.
- Les enfants de salariés décédés en activité ou retraités de l'entreprise Ouest-France en l'absence de parent survivant sur le contrat du salarié décédé en activité ou retraités.

#### b. Ayants droit

Les personnes suivantes peuvent devenir ayant droit d'un membre participant à la mutuelle :

- La personne liée à l'adhérent (mariage, concubinage ou PACS)  
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.
- Les enfants du salarié 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 16 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 16 à moins de 25 ans au 1<sup>er</sup> 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 strictement de 16 à moins de 25 ans au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours.

### Article 2 : Formalités d'adhésion

#### a. Concernant le Membre Participant

Le membre participant doit faire parvenir les pièces justificatives suivantes :

- Le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé (y compris la fiche devoir d'information et de conseil et le mandat de prélèvement SEPA) ;
- Une photocopie du dernier bulletin de salaire ou du dernier avis d'impôt sur le revenu ;
- Une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité, avec le nom de toutes les personnes à inscrire ;
- Un Relevé d'Identité Bancaire ;
- Une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport valide ;
- Tout autre document mentionné sur le bulletin d'adhésion.

#### b. Concernant les Ayants Droit

Les pièces justificatives suivantes sont nécessaires pour l'affiliation d'un ayant droit :

- Une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale en cours de validité ;
- Un Relevé d'Identité Bancaire, à défaut, les remboursements seront effectués sur le compte du Membre Participant ;
- Une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport valide ;
- Pour les enfants âgés de 18 ans et de moins de 25 ans au 1er janvier de l'année en cours : un certificat de scolarité ou d'inscription à France Travail ou un justificatif du taux d'incapacité supérieur ou égal à 80%.

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

L'acceptation de l'adhésion par la Mutuelle est notifiée au Membre Participant par un ou plusieurs courriers, dont la carte de tiers payant, 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 ;
- La date de prise d'effet des différentes garanties ;
- Le niveau des garanties ;
- Le montant des cotisations ainsi que leurs échéances.

Le ou les courriers pourront éventuellement être transmis par voie électronique, si le Membre Participant en a donné son accord sur le bulletin d'adhésion. 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.

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](http://www.bloctel.gouv.fr).

### Article 3 : Garanties proposées

#### a. Garantie « Frais de santé »

Lors de son adhésion à la Mutuelle, le Membre Participant adhère obligatoirement à la garantie « frais de santé », dans les conditions prévues dans le présent Règlement Mutualiste.

#### b. Services

Lors de son adhésion à la Mutuelle, le Membre Participant, quelle que soit sa situation, bénéficie de garanties et services assurés par la Mutuelle ou par d'autres organismes :

- La téléconsultation Maiia ;
- L'assistance ;
- Le réseau de soins Kalixia.

Dans les conditions prévues dans le présent Règlement Mutualiste et ses annexes.

#### c. Action sociale

Lors de son adhésion à la Mutuelle, le Membre Participant, quelle que soit sa situation, peut bénéficier d'aides sociales dans les conditions d'attribution prévues à cet effet et décrites dans le présent Règlement Mutualiste.

### Article 4 : Prise d'effet de l'adhésion

#### a. Prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle

La date de prise d'effet de l'adhésion est la date choisie sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la date de signature du bulletin d'adhésion, sous réserve de la fourniture de l'ensemble des pièces justificatives, nécessaires à l'enregistrement de ladite adhésion.

#### b. Prise d'effet de la garantie « Frais de santé » et des services associés à la garantie santé en cas d'ajout d'Ayant(s) Droit

Lors de l'ajout d'un Ayant droit pour donner suite à mariage, concubinage, conclusion d'un PACS, l'ajout prendra effet au 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande (sauf demande particulière de l'adhérent qui sera soumise à l'approbation de la Mutuelle).

En cas de naissance ou d'adoption, l'ajout prendra effet au 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande (sauf demande particulière de l'adhérent qui sera soumise à l'approbation de la Mutuelle).

### Article 5 : Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion à la garantie « Frais de Santé » est valable pour une année civile, soit de la date d'effet de l'adhésion jusqu'au 31 décembre minuit de l'année de l'adhésion. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions prévues aux Articles 10 et 11 du présent Règlement Mutualiste.

## CHAPITRE 2

### DISPOSITIONS SPECIFIQUES – Obligations / Adhérents et Bénéficiaires

#### Article 6 : Catégories de bénéficiaires

Les bénéficiaires se répartissent en six catégories :

1. **La catégorie 1** comprend les adhérents anciens salariés 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, qui doivent obligatoirement avoir liquidé leurs droits à retraite.
2. **La catégorie 2** comprend 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, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties (Art 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « Loi Evin »), dès lors que l'entité concernée aura souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle d'Ouest-France.
3. **La catégorie 3** comprend les veuves ou veufs, auparavant conjoints, partenaires de PACS, concubines ou concubins, non remariés et vivant sans compagnon, des adhérents décédés, salariés ou anciens salariés 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.
4. **La catégorie 4** comprend les ayants droit liés à l'adhérent par un contrat d'union (mariage, concubinage ou PACS) non salariées 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, et non visées par les catégories 1 et 2 ci-dessus.
5. **La catégorie 5** 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 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier de l'année en cours ;
  - s'ils sont en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% et s'ils sont âgés strictement de 18 ans à moins de 25 ans au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours.
6. **La catégorie 6** comprend les adhérents qui ont choisi la Mutuelle d'Ouest-France dans le cadre de la complémentaire santé solidaire, avec ou sans participation financière, ou dans le cadre du contrat de sortie.

#### Article 7 : Réadmission de bénéficiaires

Les adhérents de la catégorie 1, 2 ou 3 qui démissionnent de la mutuelle, ne pourront en aucun cas la réintégrer.

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.

#### Article 8 : Les bénéficiaires

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.

## CHAPITRE 3

### Renonciation, résiliation, démission

#### Article 9 : Faculté de renonciation

À compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle ou à compter de la date de réception par le Membre Participant des conditions contractuelles et des informations mentionnées à l'Article L.221-18 du Code de la mutualité si cette réception est postérieure, le Membre Participant dispose d'un délai de trente jours calendaires (en ce inclus le délai de 14 jours en matière de démarchage ou de vente à distance) pour renoncer à son adhésion sans donner de motif ni supporter de pénalités.

Pour exercer son droit de renonciation, le Membre Participant doit notifier à la Mutuelle sa décision de renonciation au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté par lettre envoyée :

- Par voie postale à : Mutuelle d'Ouest-France, TSA 40001, 35058 RENNES Cédex 9 ;
- Par la voie du formulaire de contact dans leur espace adhérent. Si le Membre Participant utilise cette option, la Mutuelle lui enverra sans délai un accusé de réception de la renonciation sur un support durable (par exemple, par courriel).

Pour ce faire, le Membre Participant peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant : « *Je soussigné(e) (Nom Prénom), demeurant (Adresse) déclare renoncer à mon adhésion à XXXX (Numéro Adhérent) (Date et signature).* »

Pour que le délai de renonciation soit respecté, il suffit que le Membre Participant transmette sa communication relative à l'exercice de son droit de renonciation avant l'expiration du délai de renonciation.

En cas de renonciation par le Membre Participant, la Mutuelle rembourse tous les paiements reçus indûment du Membre Participant au plus tard trente jours à compter du jour où la Mutuelle est informée de la décision de renonciation du Membre Participant. La Mutuelle procède au remboursement du Membre Participant en s'assurant qu'il n'occasionnera pas de frais pour ce dernier.

Si le Membre Participant a demandé à la Mutuelle le versement de prestations pendant le délai de renonciation visé ci-dessus, le Membre Participant ne peut plus exercer sa faculté de renonciation puisqu'il a demandé expressément l'exécution de son contrat par la Mutuelle.

#### Article 10 : Résiliation par le Membre Participant

##### a. Résiliation à la date d'échéance annuelle

Conformément à l'Article L.221-10 du Code de la mutualité, le Membre Participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, devant parvenir à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La demande prend effet le 1er janvier de l'année suivante à zéro heure.

Selon les dispositions de l'Article L.221-10-1 du Code de la mutualité, la date limite d'exercice par le Membre Participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le Membre Participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la Poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée, le Membre Participant peut mettre un terme à l'adhésion au Règlement mutualiste, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction en notifiant sa décision par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. La résiliation prend effet le lendemain de la date de réception de ladite notification par la Mutuelle.

Le Membre Participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Le cas échéant, doit être remboursée au Membre Participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

À défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

##### b. Résiliation en cours d'adhésion

- En cas de modification de la situation administrative ou familiale



Chaque Membre Participant peut demander qu'il soit mis fin à son adhésion dans les conditions fixées à l'Article L.221-17 du Code de la mutualité. La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de sa notification.

Les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

- **Résiliation infra annuelle (RIA)**

Conformément aux dispositions de l'article L221-10-2 du Code de la mutualité, le Membre Participant peut mettre fin à son adhésion, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. Dans le souci de maintenir l'équilibre du contrat, il convient d'entendre comme « première souscription », 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 faculté de résiliation peut s'exercer, soit :

- en adressant à la Mutuelle une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10- 3 du Code de la mutualité;
- par l'intermédiaire d'un nouvel organisme de complémentaire santé.

La résiliation prend effet au plus tôt un mois après que la Mutuelle en a reçu notification.

Dès réception de la demande de résiliation, la Mutuelle communique par tout support durable au Membre Participant un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de celle-ci, ainsi que de son droit à être remboursé du solde mentionné ci-dessous, dans le délai de trente jours.

Le Membre Participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, soit jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

La Mutuelle est tenue de rembourser le solde au Membre Participant dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

## **Article 11 : Résiliation par la Mutuelle**

### **a. Non-paiement des cotisations**

En application de l'Article L.221-7 du Code de la mutualité, le non-paiement des cotisations entraîne la suspension puis la résiliation des garanties.

Tout Membre Participant en situation d'impayés s'expose au paiement de frais de poursuite et de recouvrement en application de l'alinéa 4 de l'Article L.221-7 du Code de la mutualité.

À défaut de paiement par le Membre Participant d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, ses garanties peuvent être suspendues trente jours après la mise en demeure du Membre Participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension des garanties, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

À défaut de paiement, la Mutuelle a alors le droit de résilier ses garanties et de prononcer la radiation dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévus ci-dessus. Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé que le défaut de paiement peut entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

### **b. Non-respect des conditions liées au champ de recrutement et résiliation pour modification du risque**

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du Membre Participant lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement défini à l'Article 6 de ses Statuts ne sont plus remplies, et ce dans les conditions fixées à l'Article L.221-17 du Code de la mutualité.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

## Article 12 : Retrait d'un Ayant droit

Conformément à l'Article 7 des Statuts de la Mutuelle, le retrait des Ayants Droit peut intervenir à tout moment en cours d'année et prend effet au plus tôt le premier jour du mois suivant la date de réception du courrier du Membre Participant.

### Radiation à titre exceptionnel

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 <sup>er</sup> jour du mois suivant la survenance de l'événement <b>sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les deux mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.</b>
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 <sup>er</sup> 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.
Adhésion à un contrat obligatoire	Le retrait prend effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la date de réception du justificatif d'adhésion au contrat collectif.
Autres motifs	La radiation prend effet à la fin de mois dès la prise de connaissance par la mutuelle.

En tout état de cause, la cotisation est due jusqu'à la date de retrait effectif de l'Ayant droit. Le droit aux prestations cesse à la date de prise d'effet du retrait de l'Ayant droit, sauf en ce qui concerne les prestations acquises avant la date d'effet de la résiliation des garanties.

## Article 13 : Conséquences de la résiliation ou démission des garanties sur le droit à prestation

Le droit aux prestations cesse à la date de prise d'effet de la résiliation des garanties, sauf en ce qui concerne les prestations acquises avant la date d'effet de la résiliation des garanties.

## CHAPITRE 4

### Dispositions légales

#### Article 14 : Fausse déclaration

##### a. Fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre Participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre Participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. En cas de déclaration frauduleuse lors d'une demande de prestations sont applicables les dispositions de l'article 35 ci-après.

##### b. Fausse déclaration non intentionnelle

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du Membre Participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du Règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Membre Participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au Membre Participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le Membre Participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

#### Article 15 : Exclusion

Dans le respect des règles prévues par le Code de la mutualité et les statuts, le Membre Participant qui porte atteinte aux intérêts de la Mutuelle peut en être exclu. La mise en œuvre de la procédure d'exclusion est prévue aux Statuts.

#### Article 16 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action 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 que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

#### Article 17 : Prescription

Conformément à l'Article L.221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations de la Mutuelle, sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (à l'exception de l'action concernant le recouvrement d'un indu par la Mutuelle qui est régie par une prescription de cinq ans).

Toutefois, ce délai ne court :

- ✓ En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- ✓ En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du Membre Participant, du bénéficiaire ou de l'Ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre Participant ou l'ayant-droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations sur la vie et de capitalisation, 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 peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription c'est à dire, soit la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit une demande en justice (même en référé), non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive, soit un acte d'exécution forcée.

Pour la prescription biennale, conformément à l'Article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription peut aussi être interrompue par la désignation d'expert à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription biennale peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique avec accusé de réception, adressé par le Membre Participant, le bénéficiaire ou l'Ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement d'une indemnité, ou adressée par la Mutuelle au Membre Participant en ce qui concerne une action en paiement de la cotisation.

La prescription ne court pas, est suspendue ou recommence à courir dans les conditions prévues aux articles 2233 à 2239 du Code civil.

### **Article 18 : 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 19 - Informations pratiques, réclamations et médiation**

#### **a. Informations pratiques**

Adresse postale  
MUTUELLE D'OUEST FRANCE  
10, rue du Breil - 35051 Rennes Cédex  
Téléphone : 02.99.32.67.28

Horaires d'accueil : Du lundi au vendredi de 8:30 à 18:30 et le samedi matin de 8:30 à 12:00.

#### **b. Réclamations**

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](http://www.mutuelle-ouestfrance.fr)) ou via l'application mobile « LA Mutuelle d'Ouest-France ».

La Mutuelle s'engage :

- À accuser réception de toute réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la réclamation,
- À apporter une réponse à une réclamation dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

La date d'envoi prise en compte pour calculer les délais ci-dessus est celle du cachet de la poste en cas d'envoi postal ou celle de l'envoi du mail.

#### **c. 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>.  
Le médiateur peut être saisi 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 ait 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 20 : Loi et langue applicable – juridiction compétente**

Les relations contractuelles établies entre les Membres Participants et la Mutuelle sont régies par la Loi française. Les

garanties assurées par la Mutuelle sont régies par le Code de la mutualité. Les garanties présentées par la Mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs sont régies par la loi applicable auxdits organismes. La langue française est la langue applicable au présent Règlement Mutualiste qui, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toutes autres langues. En cas de litige avec la Mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux civils judiciaires.

### **Article 21 : Autorité de contrôle**

La Mutuelle d'Ouest France est régie par le Code de la Mutualité et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

### **Article 22 : Protection des données à caractère personnel**

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 des traitements de données à caractère personnel de ses adhérents et de leurs ayants-droit dont elle est le responsable de traitement.

#### **a. Finalités de traitements**

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.

#### **b. 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-droit 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-droit 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-droit 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 délégataires 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 ses 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-droit 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-droit 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](mailto: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](http://bloctel.gouv.fr)).

L'adhérent et leurs ayants-droit 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 leur soient transmises.

## TITRE II – LES COTISATIONS

### Article 23 : Cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation qui est affectée en priorité à la couverture des prestations en espèces assurées directement par la Mutuelle, à l'exception des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans participation financière.

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 1 (Retraités)**  
Le taux de la cotisation est de 3,73 % du revenu imposable brut, constitué des traitements, salaires, pensions de retraite et pensions d'invalidité, tel que fourni par l'Administration fiscale française (ou reconstitué pour les retraités non-résidents fiscaux), dans la limite de deux fois le montant du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur. Le montant de la cotisation ne peut être inférieur à 61,05 euros par mois.  
Une campagne de collecte des avis d'impôt sur le revenu est réalisée tous les deux ans afin de mettre à jour et de fiabiliser les bases de calcul des cotisations.
- ✓ **Catégorie 2 (Loi Evin)**  
L'assiette de cotisation est égale à la somme des douze salaires mensuels reconstitués à temps complet précédant la rupture du contrat, plafonnés à deux fois le plafond annuel de la sécurité sociale. L'assiette ainsi obtenue est divisée par douze pour calculer la base de calcul mensuelle.  
Le taux de cotisation pour les adhérents de la catégorie 2 est égal à 3,08% de la base mensuelle la première année, de 3,39% la seconde et de 3,70% à partir de la troisième année. La cotisation est due jusqu'à la liquidation des droits à la retraite.
- ✓ **Catégorie 3 (Individuel veufs-veuves)**  
Le taux de la cotisation est de 3,73 % du revenu imposable brut, constitué des traitements, salaires, pensions de retraite et pensions d'invalidité, tel que fourni par l'Administration fiscale française (ou reconstitué pour les retraités non-résidents fiscaux), dans la limite de deux fois le montant du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur. Le montant de la cotisation ne peut être inférieur à 61,05 euros par mois.  
Une campagne de collecte des avis d'impôt sur le revenu est réalisée tous les deux ans afin de mettre à jour et de fiabiliser les bases de calcul des cotisations.
- ✓ **Catégorie 4 (ayants droit conjoint)**  
Pour le régime individuel, le montant de la cotisation mensuelle des ayants droit est de 3,73 % du revenu imposable brut, constitué des traitements, salaires, pensions de retraite et pensions d'invalidité, tel que fourni par l'Administration fiscale française (ou reconstitué pour les retraités non-résidents fiscaux), dans la limite de deux fois le montant du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur. Le montant de la cotisation ne peut être inférieur à 61,05 euros par mois.  
En l'absence de revenu fiscal de référence connu, le montant de la cotisation de l'ayant droit est égal à celui de l'adhérent.  
Une campagne de collecte des avis d'impôt sur le revenu est réalisée tous les deux ans afin de mettre à jour et de fiabiliser les bases de calcul des cotisations.
- ✓ **Catégorie 5 (ayants droit enfant)**  
Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, cette catégorie n'est plus assujettie à une cotisation. Celle-ci est incluse dans la cotisation de l'ouvrant droit.
- ✓ **Catégorie 6 (complémentaire santé solidaire)**  
Les adhérents de cette catégorie sont astreints à une cotisation dans les conditions fixées par le décret 2019-621 du 21 juin 2019.

### Article 24 : Modalité de règlement

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes, et des frais de gestion et d'acquisition (y compris la rémunération fixe et variable des salariés de la Mutuelle prenant part à la distribution d'un règlement ou d'un contrat collectif).

Elle peut toutefois être fractionnée mensuellement et être payable à terme à échoir. Le fractionnement est une facilité de paiement accordée gratuitement au Membre Participant ou à la personne chargée du paiement.

La cotisation fait l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire pour les adhésions aux contrats collectifs à

caractère facultatif ou individuel.

En cas de refus de prélèvement bancaire, l'adhérent pourra exceptionnellement s'acquitter de sa cotisation par chèque bancaire, sur accord de la Mutuelle.

En cas d'impossibilité de paiement mensuel ou en cas de refus de prélèvement automatique, la cotisation est versée d'avance et semestriellement (les 1<sup>er</sup> janvier et les 1<sup>er</sup> juillet).

### **Article 25 : Evènements survenant en cours d'adhésion**

L'adhérent doit déclarer à la mutuelle par courrier postal ou par formulaire sur l'espace adhérent, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français dans un délai de deux mois à compter de l'événement accompagné des justificatifs mentionnés ci-dessous (listes non exhaustives). Les modifications prennent alors effet, sous réserve des dispositions du présent règlement, le premier jour du mois suivant la date de survenue de l'événement. Passé le délai de deux mois à compter de la date de survenance de l'événement, la prise d'effet de la modification intervient le premier jour du mois suivant la date de réception des documents justificatifs par la Mutuelle. 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.

En cas de modification de la situation familiale et en fonction de l'événement, 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).

### **Article 26 : Révision de la cotisation**

En vertu des dispositions de l'article 21 des Statuts de la Mutuelle, le conseil d'administration peut aménager les cotisations en cours d'année dans l'éventualité où des modifications substantielles du régime de l'Assurance Maladie interviendraient ou en fonction des résultats enregistrés concernant une garantie assurée par la Mutuelle.

Les cotisations fixées pour les différentes garanties pourront également être aménagées en cas de modification des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.



## TITRE III – LA GARANTIE « FRAIS DE SANTÉ »

### DISPOSITIONS GENERALES

#### Article 27 : Définition

La Mutuelle fournit à ses membres, dans le cadre d'opérations individuelles et collectives, des garanties d'assurance afférentes aux branches 1 Accident et 2 Maladie définies à l'article R211-2 du Code de la Mutualité.

Les garanties « frais de santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et le cas échéant à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, ou au premier euro pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale.

#### Article 28 : Objet des prestations

La Mutuelle s'engage à rembourser dans la limite des pourcentages et des montants fixés par la formule de la garantie « Frais de Santé » à laquelle a adhéré le Membre Participant :

- La part des frais de santé non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Les frais de santé exclus des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les garanties sont exprimées soit en pourcentage, soit en euros. Les garanties exprimées en fonction des tarifs de l'Assurance Maladie Obligatoire sont calculées en fonction de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les Bases de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire reprises dans le présent Règlement Mutualiste ont une valeur indicative et sont données pour information.

#### Article 29 : Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les membres participants, leurs ayants droit tels que définis à l'article 6 des Statuts et conformément à l'article 18 du présent règlement.

#### Article 30 : Caractère solidaire et responsable

Les différentes formules de la garantie « Frais de Santé » de l'offre, proposées par la Mutuelle sont solidaires et responsables.

##### a. Solidaires

La loi qualifie une garantie santé de solidaire lorsque la Mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts et, pour les adhésions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

##### b. Responsables

**En application des dispositions des articles L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, le montant des prestations prises en charge par le Contrat inclut au minimum :**

- La prise en charge intégrale de la participation des assurés mentionnée à l'Article R.160-5 y compris les actes de prévention (cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article),
- La prise en charge intégrale, et sans limitation de durée, du forfait journalier hospitalier dans les établissements hospitaliers, étant précisé que le forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge par la Mutuelle dans les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).
- La prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;
- La prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives exposées par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1.
- La prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation pour les soins à tarifs modérés fixés par la

convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

Conformément à ces mêmes dispositions du code de la Sécurité sociale, en cas de prise en charge par le règlement, le montant des prestations, pour les postes suivants, ne sera pas inférieur aux minimas ni supérieur aux maximas fixés par l'Article R.871-2 du code de la Sécurité sociale pour :

- Les honoraires et actes des médecins n'ayant pas adhéré à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) ;
- Les équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée ;
- Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale ;
- Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

**Les garanties en optique comprennent la prise en charge d'un seul équipement d'optique tous les deux ans (équipement d'optique médicale composé de deux verres et d'une monture),** sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou pour certaines évolutions de la vue liées à des situations médicales définies règlementairement (un équipement par an et par bénéficiaire).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'Article R.165-1 du code de la Sécurité sociale. **Ce délai de deux ans est fixe et ne peut être ni réduit ni allongé. Il s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.**

Les garanties en audiologie comprennent la prise en charge d'une aide auditive tous les quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165- 1.

En application des dispositions des articles L.871-1 et R.871-1 du code de la Sécurité sociale, **sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :**

- **La participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et III de l'Article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale,**
- **La majoration de la participation mise à la charge des bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire visée à l'Article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant, sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 ans ou plus),**
- **La prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'Article L.162-5 du code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins),**
- **Tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur.**

Il est à noter que le montant des prestations servies par le régime obligatoire pourra varier si le Membre Participant ne respecte pas le parcours de soins coordonnés. **Sont exclues de prise en charge par la Mutuelle les modulations du ticket modérateur liées à la sanction sur les remboursements de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins.**

La Mutuelle pratique le tiers payant dans les conditions de l'Article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

Conformément aux dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et à l'arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire des informations relatives aux frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, la Mutuelle communique avant la souscription et annuellement aux Membres Participants :

- le ratio exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations hors taxe afférentes à ces garanties
- le ratio, exprimé en pourcentage, entre le montant total des frais de gestion au titre de ces mêmes garanties et le montant des cotisations hors taxe afférentes, ainsi que la composition de ces frais de gestion.

### **Article 31 : Tableaux des garanties**

Les tableaux des garanties sont reproduits en annexe du présent Règlement Mutualiste.

### **Article 32 : 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 et qu'ils ont délivrés au Membre Participant ou à ses Ayants droit. Toutefois, si après avoir payé le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les garanties étaient suspendues ou résiliées, le Membre Participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

La Mutuelle délivre au membre participant une carte de tiers payant permettant de bénéficier de ce dispositif.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte de tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ouverts. La Mutuelle peut, le cas échéant, ne pas délivrer de carte de tiers payant si les cotisations ne sont pas à jour. Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de la Mutuelle, ce dernier est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

En cas de non-remboursement, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

### **Article 33 : Limite des remboursements**

**Les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.**

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

**Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'entre eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge du Membre Participant et de ses Ayants droit, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.**

**En cas d'intervention de plusieurs organismes à un même niveau de couverture, les limites prévues par le cahier des charges du contrat responsable seront appliquées en prenant en compte les éventuels remboursements déjà effectués par d'autres organismes.**

### **Article 34 : Modalités de remboursement des prestations**

La Mutuelle rembourse les prestations en complément de celles prises en charge par l'assurance maladie, en fonction de la garantie choisie. Celles-ci sont remboursées sur la base du tarif de convention du régime général de l'assurance maladie dont dépendent le membre participant et les ayants droit.

Les soins non remboursés par l'assurance maladie peuvent être pris en charge en fonction de la garantie souscrite par le membre participant.

Les prestations peuvent être versées sous forme de forfait ou prendre en compte certains indices comme le plafond mensuel de sécurité sociale, ou autre choix précisé dans la définition de la garantie. Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées.

### **Article 35 : Forclusion, délai de présentation des justificatifs**

Les demandes de paiement de prestations accompagnées de justificatifs nécessaires, doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de deux ans à compter de :

- la date de remboursement par le Régime Obligatoire ;
- la date des soins présente sur la facture acquittée pour ceux non pris en charge par le Régime Obligatoire.

### **Article 36 : Règlement des prestations**

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre participant ou de l'ayant-droit sous

réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives.

Un Ayant droit peut percevoir ses prestations sur son compte bancaire ou sur le compte de son choix. La demande doit en être faite auprès de la Mutuelle par le Membre Participant pour les Ayants droit qui ne sont pas assurés sociaux à titre personnel.

## **Article 37 : Pièces justificatives et contrôles**

### **a. Pièces justificatives**

Le règlement des prestations s'effectue :

- Après télétransmission par l'assurance maladie sauf renonciation explicite du membre participant ou de l'ayant droit ;
- Sur présentation des décomptes établis par l'assurance maladie en cas de non-télétransmission entre la caisse d'assurance maladie et la Mutuelle ;
- En l'absence de prise en charge de l'assurance maladie, sur présentation des factures ou notes d'honoraires acquittées portant mention du nom et prénom du membre participant ou de l'ayant droit ;
- Sur présentation du bordereau de facturation acquitté pour les dépassements d'honoraires en clinique ;
- Sur présentation d'une facture acquittée de l'opticien mentionnant le type de lentilles et une copie de la prescription médicale en cours de validité pour un remboursement de lentilles ;
- Sur présentation d'un justificatif du remboursement par le premier organisme complémentaire lorsque la Mutuelle intervient en sur complémentaire ;
- Pour les prestations de médecines alternatives, sur présentation de factures, uniquement délivrées par des praticiens inscrits auprès de l'agence régionale de santé de leur résidence professionnelle et disposant d'un numéro Finess ou RPPS (lorsqu'applicables).

Pour les soins, les produits ou les dispositifs médicaux remboursés par le régime obligatoire, les justificatifs des dépenses sont les suivants :

- Les originaux des décomptes des prestations du régime obligatoire dans le cas où la télétransmission informatique des prestations santé par le régime obligatoire vers la Mutuelle n'a pas été réalisée ;
- Les originaux des factures des établissements hospitaliers ou des cliniques et les notes d'honoraires des praticiens hospitaliers (chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, ...).

Pour les soins, les produits ou les dispositifs médicaux non remboursés par le régime obligatoire, les justificatifs des dépenses sont les factures des professionnels de santé ou des établissements de soins indiquant obligatoirement :

- Le numéro du professionnel de santé (numéro RPPS) ou de l'établissement de soins (numéro de Finess) ;
- Le code CCAM (classification commune des actes médicaux) et/ou NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) ;
- L'identité du bénéficiaire ;
- La date de soins ou de délivrance des produits ;
- La prescription médicale le cas échéant (en particulier pour les factures de produits et dispositifs médicaux lorsque les coordonnées du prescripteur et la date de prescription n'apparaissent pas sur la facture).

Que les remboursements des prestations aient été effectués ou non, que les dépenses aient été effectuées avec dispense d'avance de frais ou non, la Mutuelle se réserve le droit de demander tout justificatif au bénéficiaire des soins :

- Pour effectuer le paiement des prestations ;
- Pour contrôler les dépenses engagées ;
- Pour contrôler la conformité des soins à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM).

### **b. 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.

### **Article 38 : 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.

### **Article 39 : 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 8 des Statuts de la Mutuelle.

### **Article 40 : Risques exclus**

#### **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.**

#### **Non prise en charge de certaines prestations**

Sont exclus des garanties :

- 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 ;
- 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,
- 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,
- Les soins à l'étranger (tels que les implants) non pris en charge par l'Assurance Maladie.

### **Article 41 : Cessation des garanties**

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ou, pour un ayant droit, à la date d'effet de son retrait.

**Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation des droits du bénéficiaire sur le contrat, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient réunies antérieurement à cette résiliation**

## Article 42 : Risques couverts à l'étranger

### a. Soins pris en charge par le Régime obligatoire français

Sont couverts les frais de santé engagés à l'étranger seulement lorsqu'ils sont également pris en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire français et en complément de celui-ci. Le remboursement n'interviendra qu'après présentation du décompte établi par le régime d'Assurance Maladie français et de la facture acquittée accompagnée, le cas échéant, de sa traduction en français (la Mutuelle se réservant le droit d'en contrôler l'exactitude) et ce, dans la limite du montant ou taux prévu par la garantie.

## Article 43 : Dates de référence pour le règlement des prestations

Les dates de référence sont celles indiquées sur les décomptes de soins de la Sécurité sociale ou à défaut les dates de facturation des professionnels de santé ou des établissements de santé.

Les soins engagés antérieurement à la date d'adhésion et postérieurement à la date de résiliation ou radiation ne donnent pas droit à prise en charge de la part de la Mutuelle.

## Article 44 : Accident avec un tiers en cause

En cas d'accident avec un tiers en cause, le membre participant doit adresser, sous peine de déchéance, une déclaration circonstanciée précisant le nom et l'adresse du tiers en cause ainsi que les coordonnées de sa compagnie d'assurance afin que la Mutuelle puisse demander le remboursement des prestations versées.

Le membre participant doit informer la Mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile et de ses intentions. La Mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire.

En cas de soins consécutifs à un accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, la Mutuelle n'intervient qu'à défaut de couverture de ces soins par une police individuelle souscrite auprès d'une compagnie d'assurances.

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou aux ayants droit victimes d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans les limites des dépenses que la Mutuelle a supportées. Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé par cette dernière à la Mutuelle.

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément.

## DISPOSITIONS SPECIFIQUES : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE

## Article 45 : Allocation en espèce

### a. Frais de cure thermale

- Prestations - Versement d'une indemnité maximum.  
En cas de prise en charge par le Régime Obligatoire, le forfait par an et par cure incluant le ticket modérateur est de 500 €.
- Formalités à remplir  
Pour bénéficier de l'indemnité, le curiste devra remettre, dûment complété et accompagné des pièces justificatives, l'imprimé de prise en charge qu'il aura demandé avant son départ.  
La Mutuelle se réserve le droit de faire appel à un médecin conseil.  
En aucun cas, le total des prestations perçues par l'intéressé (Sécurité Sociale d'une part, Mutuelle d'autre part) ne pourra être supérieur à 100% des dépenses engagées.

### b. Participation aux Frais d'Hospitalisation en Unités de Soins Longue Durée

La mutuelle verse un forfait de 10,30 € par journée en Unité de Soins de Longue Durée. Ce forfait est versé pendant 365 jours, consécutifs ou non, sur présentation des factures mensuelles. Au-delà, la prise en charge est soumise à la présentation d'un dossier en commission d'entraide. Les EHPAD ne sont pas concernés par cette prestation.

### c. Orthodontie

Un forfait de 450 € par semestre de traitement est versé sur présentation de la facture et de la quittance de sécurité sociale ou du flux Noémie.

### d. Médecines douces

- La psychologie (hors dispositif MonPsy) est prise en charge à hauteur de 75% du prix de la séance, **dans la limite de 60 € par séance et de 16 séances maximum par an et par bénéficiaire**, uniquement si le psychologue dispose d'un numéro Adéli ou RPPS.

- La pédicurie podologie, l'ostéopathie, la chiropractie, l'acupuncture, l'hypnothérapie, la diététique et l'ergothérapie sont prises en charge à hauteur d'un forfait de 25,00 € par séance, **dans la limite de 10 séances maximum par an et par bénéficiaire, toutes spécialités confondues**, à condition que le praticien dispose d'un numéro Adéli ou RPPS.

#### e. Implant dentaire

Forfait annuel de 500,00 € par implant racine à l'exclusion du pilier implantaire et de tout autre accastillage. Ce forfait est versé sur présentation de la facture.

#### f. Opération Myopie

Forfait de 150,00 € par œil et par an sur présentation de la facture.

### Article 46 : Participation forfaitaire à la charge de l'assuré

Afin de favoriser le parcours de soins et bénéficier des exonérations sociales et fiscales mentionnées à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge :

- Dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements, la majoration de participation mentionnée à l'article L.165-5-3 du code de la sécurité sociale, et laissée à charge de l'assuré et de ses ayants droits qui n'ont pas choisi de médecin traitant ou qui consultent un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant dans de hypothèses autres que celles autorisées par la loi, les règlements ou la convention médicale.
- Dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements, les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter, conformément à l'article L.161-36-2 du code de la sécurité sociale.
- Les participations forfaitaires visées aux articles L.322-2-2, L322-2-3, R.322-9-2 et R.322- 9-3.

Les décomptes de sécurité sociale devront parvenir à la Mutuelle dans un délai maximum de deux ans à partir de la date de remboursement du Régime Obligatoire, passé ce délai la participation de la mutuelle ne sera plus assurée.

### Article 47 : Garanties

#### a. Maladies coûteuses

##### • Chirurgie

##### ○ Prestations

Honoraires du praticien : remboursement du ticket modérateur et prise en charge des dépassements d'honoraires pour les praticiens conventionnés dans la limite

- ✓ de 100% de la base de remboursement de la sécurité sociale pour les médecins spécialistes de secteur 2 non signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO ;
- ✓ de 200% de la base de remboursement de la sécurité sociale pour les médecins spécialistes signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO ;
- ✓ de 100% de la base de remboursement de la sécurité sociale pour les médecins généralistes de secteur 2 non signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO ;
- ✓ de 200% de la base de remboursement de la sécurité sociale pour les médecins généralistes signataires de l'OPTAM/ OPTAM-CO.

Frais de clinique : participation égale au ticket modérateur appliqué par la Caisse primaire d'assurance maladie en fonction des dernières conventions signées avec les établissements hospitaliers des secteurs privé et public.

##### ○ Formalités à remplir

Ces prestations complémentaires sont versées sur présentation des pièces justificatives des dépenses et du décompte de la Sécurité Sociale.

En aucun cas, le total des prestations perçues par l'Adhérent (Sécurité Sociale d'une part, Mutuelle d'autre part) ne pourra être supérieur au tarif de responsabilité de la Caisse Nationale d'assurance maladie (selon dernière convention signée avec les professionnels de santé).

##### • Hospitalisation

Le forfait journalier est une somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Le forfait hospitalier est pris en charge par la Mutuelle à 100 % de son montant et n'est pas remboursé par le Régime



Obligatoire.

Certains patients en sont dispensés (personne hospitalisée à la suite d'un Accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personne soignée dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femme au cours des derniers mois de grossesse, etc...).

La chambre particulière sera prise en charge dans la limite d'un forfait de 55,00 € par jour limité à

- 120 jours par an et par bénéficiaire en médecine, chirurgie et obstétrique ;
- 90 jours par an et par bénéficiaire en soins de suite et de réadaptation ;
- 60 jours par an et par bénéficiaire en psychiatrie.

Le forfait télévision sera pris en charge de la limite de 3,81 € par jour.

Les indemnités pour hospitalisation, séjour en sana, préventorium ou autres établissements, ne sont versées que jusqu'à concurrence d'une durée totale d'un an par malade et par personne garantie. Au cas où une participation de la Caisse d'Assurance Maladie interviendrait sur le transport pour hospitalisation ou retour au domicile, il serait versé le montant du ticket modérateur.

- Formalités à remplir  
Ces prestations complémentaires sont versées sur présentation des pièces justificatives des dépenses et du décompte de la Sécurité Sociale.

- **Chambre particulière en ambulatoire**

La chambre particulière ambulatoire sera prise en charge dans la limite de 50% du tarif de la chambre particulière en hospitalisation (voir paragraphe précédent).

- **Radiologie**

- Prestations :  
Remboursement du ticket modérateur laissé à la charge du Mutualiste par la Sécurité sociale.
- Formalités à remplir  
Ces prestations complémentaires sont versées sur présentation des pièces justificatives des dépenses et du décompte de la Sécurité Sociale. En aucun cas, le total des prestations perçues par le Mutualiste (Sécurité Sociale d'une part, Mutuelle d'autre part,) ne pourra être supérieur à 100% du tarif de responsabilité des Caisses primaires d'assurance maladie (dernière convention signée avec le corps médical).

- **Soins dentaires et prothèses**

- Soins
  - ✓ Prestations  
Remboursement du ticket modérateur laissé à la charge du Mutualiste par la Sécurité sociale.
  - ✓ Formalités à remplir  
Ces prestations complémentaires sont versées sur présentation des pièces justificatives des dépenses et du décompte de la Sécurité Sociale.  
En aucun cas, le total des prestations perçues par le Mutualiste (Sécurité Sociale d'une part, Mutuelle d'autre part,) ne pourra être supérieur à 100% du tarif de responsabilité des C.P.A.M. (dernière convention signée avec le corps médical).
- Prothèses  
Les prises en charge sont effectués dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.
  - ✓ Prestations  
Montant égal à 325 % du tarif de responsabilité des C.P.A.M. (dernière convention signée avec le corps médical). Les soins inlays onlays sont pris en charge à la même hauteur que les prothèses dentaires, soit 325% du tarif de responsabilité des C.P.A.M.
  - ✓ Formalités à remplir  
Ces prestations complémentaires sont versées sur présentation du décompte de la Sécurité Sociale.

En aucun cas, le total des prestations perçues par le Mutualiste (Sécurité Sociale "base honoraires payés" d'une part,



Mutuelle d'autre part,) ne pourra être supérieur à 100% des dépenses engagées.

- Soins et prothèses 100% Santé  
Il s'agit de certaines Prothèses dentaires, définies règlementairement (arrêté du 24/05/2019 paru au Journal officiel du 30/05/2019), en fonction de la localisation de la dent, du matériau utilisé et du type de Prothèses dentaires. Elles sont totalement remboursées par le Régime Obligatoire et le Contrat dans la limite des Honoraires limites de facturation.

- **Implantologie**

La participation de la Mutuelle est de 500 € par implant, par an et par bénéficiaire. Le terme « Implant » désigne l'implant racine, à l'exclusion des piliers et de tout autre accastillage.

- **Consultations et visites**

- Prestations

Remboursement du ticket modérateur et prise en charge des dépassements d'honoraires dans la limite :

- ✓ de 100% de la base de remboursement de la sécurité sociale pour les médecins spécialistes de secteur 2 non signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO ;
- ✓ de 200% de la base de remboursement de la sécurité sociale pour les médecins spécialistes signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO ;
- ✓ de 100% de la base de remboursement de la sécurité sociale pour les médecins généralistes de secteur 2 non signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO ;
- ✓ de 200% de la base de remboursement de la sécurité sociale pour les médecins généralistes signataires de l'OPTAM /OPTAM-CO.

- Formalités à remplir

Ces prestations complémentaires sont versées sur présentation du décompte délivré par la C.P.A.M.

- **Soins d'auxiliaires médicaux**

- Prestations

Remboursement du ticket modérateur laissé à charge des mutualistes par la Sécurité Sociale.

- Formalités à remplir

Ces prestations complémentaires sont versées sur présentation du décompte délivré par la C.P.A.M ou facture du ticket modérateur.

- **Optique**

La garantie prend en charge les équipements (monture et deux verres correcteurs) faisant l'objet d'un remboursement par le Régime obligatoire. La prise en charge est limitée à un équipement par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, 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 deux éléments, à savoir deux verres et une monture.

Pour les enfants âgés de moins de 16 ans, l'équipement peut être renouvelé par période d'un an à compter de la date d'acquisition du dernier équipement et de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Chaque élément d'un équipement est pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

La mutuelle est adhérente au réseau de soins Kalixia. Dès lors, le suivi des relations et le règlement des professionnels de santé de l'optique est du ressort d'Oxantis.

- Prestations

- ✓ à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;
- ✓ à hauteur du ticket modérateur sur monture et verres, plus pour les autres équipements :
  - Monture : Remboursement forfaitaire de 99,95 € pour un adulte, et de 99,90 € pour un enfant ;
  - Verres simples : dans la limite de 100 € par verre ;
  - Verres complexes : dans la limite de 140 € par verre ;
  - Verres très complexes : dans la limite de 140 € par verre.

Les verres sont définis de la façon suivante :

- ✓ **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.
- ✓ **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.
- ✓ **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.

En cas de bris de lunettes pour un enfant, la mutuelle n'interviendra qu'après l'assurance scolaire.

La participation de la mutuelle est limitée au minimum et maximum fixés par le décret du 18 novembre 2014, modifié par la loi n°2019-21 du 11 janvier 2019, définissant le cahier des charges des contrats responsables, en fonction de la correction, soit :

- ✓ Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros par équipement à deux verres simples ;
- ✓ Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre simple et un verre complexe ;
- ✓ Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros par équipement à deux verres complexes ;
- ✓ Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre simple et un verre très complexe ;
- ✓ Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre complexe et un verre très complexe ;
- ✓ Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement pour adulte à deux verres très complexes.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 euros.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an. Les périodes sont comptées à partir de la date d'achat de tout ou partie de l'équipement.

La Prestation d'adaptation visuelle associée à la prise en charge d'un Équipement à prise en charge libre est remboursée à hauteur du Ticket modérateur.

Les équipements 100 % Santé (2 verres correcteurs + 1 monture) sont constitués d'une sélection de verres et de montures définie règlementairement dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal officiel du 13 décembre 2018. Ils sont remboursés intégralement par le Régime Obligatoire et par le Contrat, dans la limite des Prix limites de vente, de même que la Prestation d'appairage, la Prestation d'adaptation visuelle et le supplément pour les verres avec filtre pour ledit équipement.

- Formalités à remplir  
Ces prestations complémentaires sont versées directement au professionnel de santé par Oxantis à la condition obligatoire qu'une prise en charge ait été effectuée.

- **Lentilles**

- Prestations  
Forfait annuel de 200,00 € sur prescription médicale.

- Formalités à remplir  
Ces prestations complémentaires sont versées sur présentation du décompte de la Sécurité sociale et des pièces justificatives des dépenses (facture avec mention hors TIPS/LPPR).

- **Orthopédie, orthèse, petit et grand appareillage**

- Prestations  
Ticket modérateur plus participation égale à 250% du tarif de responsabilité de la C.P.A.M. (dernière convention signée).
- Formalités à remplir  
Ces prestations complémentaires sont versées sur présentation du décompte de la Sécurité Sociale et des pièces justificatives des dépenses.

En aucun cas, le total des prestations perçues par le Mutualiste (Sécurité Sociale d'une part, Mutuelle d'autre part,) ne pourra être supérieur à 100% des dépenses engagées.

- **Audioprothèse**

- Prestations
  - ✓ A hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;
  - ✓ Pour les autres appareils, à hauteur du ticket modérateur plus participation égale à 200% du tarif de responsabilité de la C.P.A.M.

Le «100% santé » 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 », vos remboursements se feront selon votre garantie.

Un équipement en 100% santé est défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation. Il est composé d'un appareil par oreille. La prise en charge est limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Pour les équipements hors 100% santé, la garantie du contrat ne peut dépasser 1700 € par oreille.

- Formalités à remplir  
Ces prestations complémentaires sont versées sur présentation du décompte de la Sécurité Sociale et des pièces justificatives des dépenses.

En aucun cas, le total des prestations perçues par le Mutualiste (Sécurité Sociale d'une part, Mutuelle d'autre part,) ne pourra être supérieur à 100% des dépenses engagées.

- **Frais pharmaceutiques et d'analyses**

- Prestations  
Au titre des médicaments prescrits par ordonnance : remboursement du ticket modérateur laissé à charge des bénéficiaires par la Sécurité Sociale.  
Les produits ne figurant pas sur la liste des médicaments remboursables ne donnent lieu à aucune prestation.  
Les analyses, examens de laboratoires et fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments donnent lieu à remboursement dans les mêmes conditions, sur la base des tarifs de responsabilité des caisses d'assurance maladie.
- Formalités à remplir  
Ces prestations complémentaires sont versées sur présentation du décompte de la Sécurité Sociale.

- **Participation forfaitaire au tarif en vigueur**

Prise en charge à 100 %.

- **Actes de prévention**

Prise en charge du ticket modérateur sur les actes de prévention tels que prévus à l'article R871-2 du code de la sécurité sociale, arrêté du 8 juin 2006.

## TITRE IV – ENTRAIDE SOCIALE, SERVICES

### CHAPITRE 1 Entraide sociale

#### Article 48 : 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.

#### Article 49 : Dépôt d'une demande d'entraide

1. L'adhérent sollicite un dossier de demande d'aide à l'adresse suivante :

*Mutuelle d'Ouest-France  
Commission d'entraide  
TSA 40001  
35058 RENNES Cédex 9*

Il peut aussi l'éditer lui-même en se rendant sur le site internet de la Mutuelle d'Ouest-France <https://mutuelle-ouestfrance.fr>, menu « Vos garanties », rubrique « Commission d'entraide ».

2. L'adhérent peut se faire accompagner par un service social pour remplir le dossier.
3. L'adhérent retourne le dossier rempli et les pièces justificatives à l'adresse ci-dessus. Tout dossier incomplet sera retourné à l'adhérent.
4. Le coordinateur prépare les dossiers de façon **synthétique et anonymisée** en convenant d'un numéro de dossier, le cas échéant avec le service social choisi par l'adhérent, avant la présentation à la commission d'entraide. Quand toutes les pièces sont réunies, le coordinateur envoie une version dématérialisée du dossier anonymisé au président de la mutuelle.
5. La mutuelle peut demander un complément d'information auprès de toute personne qui a instruit le dossier.
6. A l'issue de la réunion de la commission d'entraide, le président informe le coordinateur de la décision prise. Celui-ci la répercute à l'adhérent.
7. En cas d'avis favorable et uniquement sur présentation des justificatifs nécessaires, la mutuelle déclenche le paiement à l'adhérent ou au professionnel.
8. La commission d'entraide peut être sollicitée pour toute difficulté financière liée à un problème de santé ou engendré par lui.

## CHAPITRE 2

### Services

#### Article 50 : Assistance

La Mutuelle a souscrit au profit de ses Membres Participants et de membres de leur famille définis précédemment, un contrat d'assistance ayant pour objet de leur garantir, dans les conditions prévues par l'assisteur, différentes prestations d'assistance à domicile.

Sont obligatoirement couverts par ce contrat tous les Membres Participants qui bénéficient d'une formule de la garantie frais de santé. Le montant de la cotisation afférente à l'Assistance à domicile est inclus dans la cotisation afférente à la garantie frais de santé. Les conditions de l'Assistance sont définies en annexe du présent Règlement Mutualiste.

#### Article 51 : Réseau de soins Kalixia

La Mutuelle fait bénéficier ses Membres Participants des réseaux de soins de qualité et de tarifs maîtrisés Kalixia auprès d'un ensemble de professionnels de Santé dont :

- 7000 Opticiens partenaires répartis en France,
- 7000 Chirurgiens -dentistes,
- 6000 Audioprothésistes,
- 500 Ostéopathes, ...

Les réseaux Kalixia, c'est :

- ✓ Des réductions tarifaires pour limiter votre reste à charge sur des prestations et équipements de qualité.
- ✓ Aucune avance de frais sur vos dépenses (sauf ostéo),



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 ».

#### Article 52 : Téléconsultations sans rendez-vous MAIIA



La Mutuelle vous permet de bénéficier 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.

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.

## Annexe 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.


 <b>SOINS COURANTS</b>	RO <sup>1</sup>	Remboursement Mutuelle d'Ouest France		Total (y compris RO)
		TM dans la limite <sup>2</sup>	Dépassement dans la limite de	
<b>Honoraires médicaux</b>				
Consultations et visites généralistes signataires de l'OPTAM / OPTAM -CO <sup>3</sup>	70 %	30%	200%	300 %
Consultations et visites généralistes non signataires de l'OPTAM / OPTAM -CO <sup>3</sup>	70 %	30%	100%	200 %
Consultations et visites spécialistes, professeur, neuropsychiatre signataires de l'OPTAM / OPTAM -CO <sup>3</sup>	70 %	30%	200%	300 %
Consultations et visites spécialistes, professeur, neuropsychiatre non signataires de l'OPTAM / OPTAM -CO <sup>3</sup>	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 <sup>3</sup>	70 %	30%	200%	300 %
Actes techniques médicaux ou d'imagerie des praticiens non signataires de l'OPTAM / OPTAM -CO <sup>3</sup>	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
<b>Analyses et examens de laboratoires</b>				
Prélèvement et analyse	60 %	40%	-	100 %
Anatomocytopathologie	70 %	30%	-	100 %
<b>Médicaments (SMR - Service Médical Rendu)</b>				
Médicaments à SMR majeur ou important	65 %	35%	-	100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70%	-	100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85%	-	100 %
<b>Soins à l'étranger <sup>4</sup></b>				
Soins à l'étranger pris en charge par le RO français	15 % à 80 %	20 à 85%	-	100 %
<b>Matériel médical</b>				
Orthopédie, orthèse, petit appareillage	60 %	40%	250%	350 %
Grand appareillage	100 %	-	250%	350 %


<sup>1</sup> 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.


<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> 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.

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


 HOSPITALISATION <sup>5</sup>	RO <sup>1</sup>	Remboursement Mutuelle d'Ouest France		Total (y compris RO)
		TM dans la limite <sup>2</sup>	Dépassement dans la limite de	
<b>Forfait hospitalier</b>				
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 établissements de Unités de Soins de Longue Durée <b>Dans la limite absolue de 365 jours</b>	-	-	10,30€ par jour	10,30€ par jour
<b>Honoraires</b>				
Honoraires médicaux et chirurgicaux des praticiens signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO <sup>3</sup>	80 %	20%	200%	300 %
Honoraires médicaux et chirurgicaux des praticiens non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO <sup>3</sup>	80 %	20%	100%	200 %
<b>Chambre particulière et autres forfaits</b>				
Forfait chambre seule pour une hospitalisation en <b>médecine-chirurgie-obstétrique</b> <b>Dans la limite de 120 jours par an</b>	-	-	55€ par jour	55€ par jour
Forfait chambre seule pour une hospitalisation en <b>soins médicaux et de réadaptation (SSR)</b> <b>Dans la limite de 90 jours par an</b>	-	-	55€ par jour	55€ par jour
Forfait chambre seule pour une hospitalisation en <b>psychiatrie</b> <b>Dans la limite de 60 jours par an</b>	-	-	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 <sup>1</sup>	TM dans la limite <sup>2</sup>	Dépassement dans la limite de	Total (y compris RO)
Frais de transport : ambulances, véhicules sanitaires léger...	55%	45%	-	100 %
<b>Cure</b> : Honoraires médicaux, hydrothérapie, transport, hébergement – Forfait par an et par cure incluant le TM	65 % ou 70 %	-	500€	65% ou 70% + 500€


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

<sup>5</sup> 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)

<sup>6</sup> 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

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

 <b>AIDES AUDITIVES</b> <sup>10</sup>	Remboursement Mutuelle d'Ouest France			Total (y compris RO)
	RO <sup>1</sup>	TM dans la limite <sup>2</sup>	Dépassement dans la limite de	
<b>Équipements 100% Santé</b> <sup>11</sup>				
<b>Prothèses auditives</b> Dans la limite des prix limites de vente (PLV)	60 %	40%	Frais réels	Frais réels
<b>Équipements à tarifs libres (panier libre)</b> <sup>12</sup>				
Appareil des bénéficiaires âgés de 20 ans et +	60%	40%	200% BRSS	300%
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%

 <b>OPTIQUE</b> <sup>13</sup>	Remboursement Mutuelle d'Ouest France			Total (y compris RO)
	RO <sup>1</sup>	TM dans la limite <sup>2</sup>	Dépassement dans la limite de	
<b>Équipements 100% Santé</b> <sup>14</sup>				
<b>Montures et verres</b> Dans la limite des prix limites de vente (PLV)	60%	40%	Frais réels	Frais réels
<b>Appairage</b> Dans la limite des prix limites de vente (PLV)	60%	40%	Frais réels	Frais réels

<sup>7</sup> 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)

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

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

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


<sup>11</sup> 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


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


<sup>13</sup> 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.

<sup>14</sup> 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.



		Remboursement Mutuelle d'Ouest France		Total (y compris RO)
 OPTIQUE <sup>13</sup>	RO <sup>1</sup>	TM dans la limite <sup>2</sup>	Dépassement dans la limite de	
<b>Équipements à tarifs libres (hors 100% Santé) <sup>15</sup></b>				
<b>Monture</b>				
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€
<b>Verre Adulte et Enfant <sup>16 17 18</sup></b>				
Simple	60%	40%	100€	100% + 100€
Complexe	60%	40%	140€	100% + 140€
Très complexe	60%	40%	140€	100% + 140€
Supplément optique	60%	40%	-	100%
<b>Lentilles</b>				
Lentilles remboursées	60%	40%	200€	100% + 200€
Lentilles remboursées ou non – Forfait annuel <sup>19</sup>			200€	200€
Opération myopie (un forfait par œil et par an)			150€	150€

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

 PRÉVENTION	RO <sup>1</sup>	TM dans la limite <sup>2</sup>	Dépassement dans la limite de	Total (y compris RO)
Actes de prévention (prévus par la législation sur le contrat responsable), actes de dépistage, substituts nicotiniques	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%

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

<sup>16</sup> **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.

<sup>17</sup> **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 positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

<sup>18</sup> **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.

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

<sup>20</sup> 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

<b>Assistance à domicile</b> <sup>21</sup>	<b>CONTRAT INDIV</b>
<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"><li>✓ <b>Écoute, conseil et orientation</b></li><li>✓ <b>Accompagnement psycho-social</b></li><li>✓ <b>Hospitalisation, immobilisation, maternité</b></li><li>✓ <b>Accompagnement des patients souffrant d'un cancer</b></li><li>✓ <b>Accompagnement des aidants</b></li><li>✓ <b>Assistance en cas de décès</b></li></ul> <p>Les coordonnées de l'assistance sont disponibles sur votre carte de tiers payant adhérent</p>	<b>Incluse</b>
<b>Réseau Kalixia</b>	<b>CONTRAT INDIV</b>
<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><b>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 ».</b></p>	<b>Incluse</b>
<b>Téléconsultations</b>	<b>CONTRAT INDIV</b>
<p> <b>Service disponible depuis votre espace adhérent)</b></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>	<b>Incluse</b>

<sup>21</sup> Les prestations et leurs modalités de mise en œuvre sont décrites dans la notice d'assistance en annexe du Règlement mutualiste

## **Annexe 2 : Obligations d'information précontractuelle et préalable vente à distance**

(Article L.222-5 du code de la Consommation, article L.221-18 du Code de la mutualité et article 12 du RGPD)

### **Identité de la Mutuelle Dénomination sociale :**

Mutuelle d'Ouest-France  
Siège social : 10, rue du Breil - 35051 Rennes Cédex.  
SIREN : 390 730 893  
Numéro de téléphone : 02 99 32 67 28

### **Coordonnées de l'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)**

4, Place de Budapest, CS 92 459, 75436 Paris Cedex 09.

### **Modalités d'adhésion à la Mutuelle**

Toute demande d'adhésion à la Mutuelle doit respecter les conditions et modalités décrites au Règlement Mutualiste remis à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion.

### **Garanties et exclusions**

Les garanties pouvant être accordées par la Mutuelle sont décrites au Règlement Mutualiste remis à tout prospect préalablement à sa signature d'un bulletin d'adhésion. Figurent aussi à ce Règlement Mutualiste les exclusions de garanties applicables à chaque garantie.

### **Prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle**

La date de prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle est la date choisie sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt :

- le premier jour du mois qui suit la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, la fin de la période de portabilité, pour les adhérents de la catégorie 1 et 2, sous réserve que le bulletin d'adhésion et ses pièces justificatives soient retournés à la Mutuelle dans les trois mois qui suivent cet événement ;
- le premier jour du mois qui suit le décès de l'adhérent pour les adhérents de la catégorie 3, sous réserve que le bulletin d'adhésion et ses pièces justificatives soient retournés à la Mutuelle dans les trois mois qui suivent cet événement ;
- le lendemain de la date de signature du bulletin d'adhésion pour les autres catégories.

La date de prise d'effet de chacune des garanties est précisée au Règlement Mutualiste remis à tout prospect préalablement à la signature d'un bulletin d'adhésion.

### **Durée de l'adhésion à la Mutuelle**

L'adhésion à la Mutuelle est valable pour une année civile, soit à compter de la date d'adhésion jusqu'au 31 décembre minuit de l'année d'adhésion. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale.

### **Conditions de démission**

La démission peut être effectuée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, au siège de la Mutuelle ou sur l'espace adhérent de la Mutuelle :

- au moins deux mois avant l'échéance du 31 décembre de chaque année pour une prise d'effet le 1<sup>er</sup> janvier suivant, ou
- pendant 20 jours à compter de la date de réception par l'Adhérent de l'échéancier annuel si celle-ci est postérieure au 31 octobre, pour une prise d'effet à réception par la Mutuelle de la notification de résiliation, ou
- après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, pour une prise d'effet un mois après réception par la Mutuelle de la notification de résiliation sans frais ni pénalités.

### **Droit de renonciation**

Toute personne ayant demandé son adhésion à la Mutuelle peut y renoncer pendant un délai de trente jours calendaires (en ce inclus le délai de quatorze jours en matière de démarchage ou de vente à distance).

### **Modèle de formule de renonciation**

La Mutuelle met à disposition un modèle de formule de renonciation ci-après :

« Je soussigné(e) (Nom Prénom) demeurant (Adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la Mutuelle d'Ouest-France (Numéro adhérent) (Date et signature). »

Pour que le délai de renonciation soit respecté, il suffit que le Membre Participant transmette sa communication relative à l'exercice de son droit de renonciation avant l'expiration du délai de renonciation.

La demande de renonciation est à adresser :

- Par voie postale à Mutuelle d'Ouest France, TSA 40001 - 35058 Rennes Cédex 9, ou
- Par dépôt dans le formulaire de contact de l'espace adhérent sur le site internet de la Mutuelle.

Lorsqu'une demande de prestations a été formulée pendant le délai de renonciation, il n'est plus possible d'user de la faculté de renonciation et la cotisation est due en intégralité.

### **Base de calcul de la cotisation**

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction des garanties souscrites. Il inclut la Taxe de Solidarité Additionnelle. Une

adhésion dématérialisée n'amène aucun frais supplémentaire. La cotisation est calculée selon le montant des revenus et la catégorie du bénéficiaire tel que défini dans le Règlement Mutualiste.

### **Modalités de paiement des cotisations**

La cotisation est annuelle.

La cotisation est payable d'avance, mais elle peut aussi être fractionnée mensuellement et payable à terme à échoir.

La cotisation fait l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire. En cas de refus de prélèvement bancaire, l'adhérent pourra exceptionnellement s'acquitter de sa cotisation par chèque bancaire, sur accord de la Mutuelle.

En cas de résiliation pour non-paiement de la cotisation, la cotisation annuelle reste due à la Mutuelle.

### **Traitement des réclamations**

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 : Mutuelle d'Ouest France, TSA 40001 - 35058 Rennes Cédex 9 ;
- Par dépôt dans le formulaire de contact de l'espace adhérent.

La Mutuelle s'engage :

- À accuser réception de toute réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la réclamation,
- À apporter une réponse à une réclamation dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

La date d'envoi prise en compte pour calculer les délais ci-dessus est celle du cachet de la poste en cas d'envoi postal ou celle de l'envoi du mail

### **Médiateur de la consommation**

Le médiateur de la consommation dont relève la Mutuelle d'Ouest-France est le médiateur de la FNMF. Ce médiateur peut être saisi soit :

- Par courrier à :

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> ».

Le médiateur peut être saisi 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 ait 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.

### **Protection des données**

Les données relatives aux adhérents, leurs ayants-droit éventuels constituent des données à caractère personnel et sont protégées à ce titre par le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (ci-après « RGPD »), ainsi que par la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

Dans le cadre de ses activités, la Mutuelle d'Ouest France met en œuvre des traitements de données à caractère personnel de ses adhérents, leurs ayants-droit éventuels en qualité de responsable de traitement, située 10, rue du Breil - 35051 Rennes Cédex.

La Mutuelle d'Ouest France 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.

La Mutuelle d'Ouest France s'engage à ce que les données à caractère personnel collectées ne soient pas conservées plus longtemps que nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants-droit 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](mailto:vyv-partenariat-dpo@groupe-vyv.fr)
- par courrier postal à l'adresse suivante : Mutuelle d'Ouest France, 10, rue du Breil - 35051 Rennes Cédex.

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-droit 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.

**Loi applicable**

Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par la loi française et spécifiquement par le Code de la mutualité.

**Langue applicable**

La langue applicable est la langue française.

**Jurisdiction compétente**

En cas de litige avec la Mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux judiciaires. Les informations mentionnées à la présente annexe sont valables à la date de rédaction du présent Règlement Mutualiste.

# 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

Assisteuse : 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)

**Produit : Garantie Santé du contrat collectif à adhésion facultative**



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 contrat d'assurance complémentaire santé 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 du Régime Obligatoire (RO) français. La garantie Santé 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 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 ou non 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, 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 prise 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 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 au Règlement Mutualiste.



### 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 médecins 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.

La liste des exclusions n'est pas exhaustive, se référer au Règlement Mutualiste.



## 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.
- ✓ Réseau de soins : en France.
- ✓ Services de téléconsultations médicales et services de prise de rendez-vous médicaux : en France
- ✓ Assistance : en France Métropolitaine et en outre-mer, en principauté d'Andorre et en principauté de Monaco.



## Quelles sont mes obligations ?

### A la souscription :

- Répondre exactement aux questions posées par la Mutuelle;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par La Mutuelle;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties.

### En cours d'adhésion :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins;
- Informer la Mutuelle des événements suivants, par courrier postal ou électronique, dans les deux mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un des événements suivants :
  - Modification de la situation familiale : mariage, naissance, séparation de corps, divorce, décès;
  - Modification de la situation administrative : mutation, changement d'échelon, de grade et d'indice, congé parental, congé de formation professionnelle, passage à la retraite.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat. Un paiement fractionné mensuellement à terme échu peut toutefois être accordé. Les paiements peuvent être effectués par chèque 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 sur le certificat d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, le Membre Participant dispose d'un délai de renonciation de 30 jours en ce inclus le délai de 14 jours en matière de démarchage et vente à distance, qui commence à courir à compter de la conclusion de l'adhésion, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

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 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.

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.



**Annexe 4 : Assistance****OFFRE ASSISTANCE ÉTENDUE****NOTICE D'INFORMATION À COMPTER DU 01/01/2025**

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

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'ambulatorio	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		
<b>Immobilisation imprévue au domicile</b>				
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/nuit



## 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 <small>(coiffure ou esthéticienne à domicile, pédicure, livraison de courses alimentaires, activité physique adaptée)</small>	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
<b>Aide à domicile</b>	15 heures	15 heures		15 heures
<b>Prestations de bien-être et soutien</b> (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
<b>Transport d'un proche au domicile</b>	500 euros TTC	500 euros TTC		
<b>Hébergement temporaire</b>	300 euros TTC	300 euros TTC	Équivalente à l'enveloppe financière de la garde de nuit	
<b>Garde de nuit à domicile</b>			2 nuits	2 nuits
<b>Accueil de jour</b>			Équivalente à l'enveloppe financière de la garde de nuit	
<b>Bilan ergothérapeute</b>				1 bilan

## FIN DE LA SITUATION D'AIDANT

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

## PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

### ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE DÉCÈS

<b>Enregistrement et respect des volontés</b>	Illimité
<b>Organisation des obsèques</b>	Illimitée
<b>Accompagnement psycho-social</b>	Illimité
<b>Accompagnement et écoute</b>	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
<b>Aide à domicile</b>	10 heures	
<b>Prestations de bien-être et de soutien :</b> (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	
<b>Garde des enfants ou petits enfants</b>	40 heures	
<b>Garde des personnes dépendantes à charge</b>	40 heures	
<b>Garde des animaux de compagnie</b>	30 jours	
<b>Téléassistance</b>	3 mois	
<b>Avance de fonds</b>	3050 euros TTC	
<b>Transfert ou rapatriement du corps ou de l'urne cinéraire</b>		Coûts réels
<b>Assistance des proches</b>		Déplacement : 500 euros TTC Hébergement : 5 nuits à 125 euros TTC/nuit
<b>Retour des bénéficiaires ou de l'accompagnant</b>		500 euros TTC
<b>Taxi</b>		155 euros TTC
<b>Retour prématuré du bénéficiaire (décès d'un proche)</b>	500 euros TTC	

### 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<sup>o</sup> 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.

<sup>o</sup> 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 psycho-social, 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](mailto: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 (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 thermale 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 DOM.

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).

**Fratrie** : 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'Assisteuse 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 touristique (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 DOM. **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 DROM ;
- 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 DROM ;
- 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](mailto: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<sup>e</sup> 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<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> 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.**

## PRESTATIONS D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PATIENTS SOUFFRANT D'UN CANCER

### 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'Assisteuse 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'Assisteuse ;**
- 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'Assisteuse 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'Assisteuse :

- 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'Assisteuse 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'Assisteuse 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'Assisteuse 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'Assisteuse 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'Assisteuse 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'Assisteuse 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'Assisteuse.**

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

À tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteuse 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.**

#### **D. 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'Assisteuse 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.**

#### **E. 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'Assisteuse 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

### **28. 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'Assisteuse, 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'Assisteuse communiquera le contenu de cet enregistrement.

#### **B. ORGANISATION DES OBSÈQUES**

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux Bénéficiaires, l'Assisteuse propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'Adhérent décédé. L'Assisteuse 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'Assisteuse 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.

### **29. 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.

### **30. 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.

### **31. 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 évènement.**

## **CADRE JURIDIQUE**

### **32. 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.

### **33. 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.

### 34. 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.

### 35. 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.

### 36. 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.

### 37. 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.

### **38. 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.

### **39. 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 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.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exercent auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : [dporma@rmassistance.fr](mailto:dporma@rmassistance.fr) ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOOU Cedex. En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à WORLDLINE – Service Bloctel – CS 61311 – 41013 Blois Cedex ou par Internet à l'adresse suivante : <https://www.bloctel.gouv.fr>

#### **40. RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION**

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire peut effectuer une réclamation auprès de RMA :

- Par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la présente notice.
- Si le Bénéficiaire n'a pas immédiatement obtenu satisfaction par téléphone, ou s'il souhaite effectuer sa réclamation par écrit, il peut adresser sa réclamation à l'adresse du siège social : RMA – Service Qualité – 46, rue du Moulin – CS 32427 – 44124 VERTOOU Cedex.

RMA adressera un accusé de réception dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Bénéficiaire dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation. Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante : Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.

#### **41. AUTORITÉ DE CONTRÔLE**

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest -75436 PARIS Cedex 09.