

**Contrat collectif
à adhésion
Facultative**

Contrat n° 003 E 0135004
Edition 2020

**Notice
d'information
Garanties Santé**



**Association
des Anciens
du Crédit
Coopératif**



Votre mutuelle en ligne :
www.klesia.mut.fr
4, rue Georges Picquart
75017 Paris
01-49-29-49-29

KLÉSIA
Mut'

PREAMBULE

La présente notice d'information, qui vous a été remise par votre employeur au titre du contrat collectif frais de santé qu'il a souscrit auprès de KLESIA Mut', Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro SIREN 529 168 007, expose les dispositions du contrat afin de vous faire bénéficier de garanties frais de santé.

Les garanties « frais de santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, de garantir aux assurés le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, dans la limite des frais réellement engagés, dans un cadre collectif. Elles respectent les règles du contrat responsable et notamment ses obligations et ses interdictions de prise en charge.

Sommaire

Les bénéficiaires du contrat santé	3/4
Les garanties / versement des prestations	5/13
Les cotisations	13
Le terme des garanties	13
Dispositions générales	14
Les services mutualistes	14/17
Nous contacter	18
Lexique	19
Notice garantie Assistance	20/35
Notice garantie assistance Recours Médical	36/39

LES BENEFICIAIRES DU CONTRAT SANTE

Les bénéficiaires du contrat Frais de Santé

Les membres participants

L'adhésion est facultative pour les retraités.

Les ayants droit

Peuvent être ayants droit, dès lors qu'ils sont inscrits au bulletin d'adhésion, les personnes suivantes :

- le conjoint ou concubin du membre participant ou la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité avec le membre participant, à sa charge ou non, au sens de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- les enfants à charge, au sens de l'Assurance Maladie Obligatoire, du membre participant, de son conjoint ou concubin ou la personne qui lui est liée par un pacte civil de solidarité ;
- les enfants du membre participant ou de son conjoint ou concubin ou la personne qui lui est liée par un pacte civil de solidarité, âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études ;
- les enfants du membre participant, de son conjoint ou concubin ou de la personne qui lui est liée par un pacte civil de solidarité, inscrits sous leur numéro d'assuré social, sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation, d'accompagnement à l'emploi, en recherche d'emploi ou inscrit à Pôle emploi, s'ils ont moins de 28 ans et ont une rémunération ou une indemnisation propre inférieure à la moitié du SMIC ;
- les enfants du membre participant, de son conjoint ou concubin ou de la personne qui lui est liée par un pacte civil de solidarité, qui par suite d'infirmité ou de maladie incurable sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80 % reconnu au sens de l'article L.241-3 du code de l'aide sociale et des familles, et ce sans limite d'âge.
- Les ascendants à charge, au sens de l'Assurance Maladie Obligatoire, du membre participant ou de son conjoint ou concubin ou de la personne ayant conclu un PACS ;
- Toute personne à charge, au sens de l'Assurance Maladie Obligatoire, du membre participant ou de son conjoint ou concubin ou de la personne ayant conclu un PACS.
- Toute personne à charge d'un enfant inscrit sur le bulletin d'adhésion du membre participant, de son conjoint ou concubin ou de la personne qui lui est liée par un pacte civil de solidarité, au sens de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les formalités d'adhésion

Vous êtes immédiatement admis dans le régime Frais de santé.

L'adhésion au régime nécessite d'accomplir certaines formalités.

Le dossier d'adhésion vous sera remis par M. Jean Jacques PORIEL à l'adresse suivante : jjporiel@wanadoo.fr

- La notice d'information : à conserver par vos soins
- Un bulletin d'adhésion : à retourner à Klésia Mut', à l'adresse suivante : TSA 50009 75128 PARIS CEDEX 11, complété et signé, accompagné de la copie de la carte d'assuré social ou de l'attestation vitale de chaque bénéficiaire inscrit (vous-même et, le cas échéant, votre conjoint, concubin ou partenaire, vos enfants etc.), et d'un RIB (pour le paiement de vos prestations) pour vous-même ainsi que pour chacun des bénéficiaires mineurs de plus de 16 ans sauf refus express de leur part.

Sur ce bulletin, il vous est possible, en le spécifiant, de refuser la transmission automatique de vos décomptes par l'Assurance Maladie Obligatoire (procédure Noémie).

LES BENEFICIAIRES DU CONTRAT SANTE

Modification de votre situation

MODIFICATION DE VOTRE SITUATION PERSONNELLE

Votre situation de famille évolue (mariage, naissance, concubinage, autres) : un bulletin de modification doit être impérativement retourné à votre service Ressources Humaines et accompagné des pièces justificatives correspondantes : photocopie du certificat de mariage, de naissance, de concubinage, de l'attestation de perte d'emploi du conjoint ou concubin etc.) qui transmettra à KLESIA Mut'.

MODIFICATION DE VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE

Vous devez également signaler très rapidement à votre Mutuelle toute modification relative à la gestion de votre dossier (déménagement, changement de coordonnées bancaires, changement de caisse primaire d'assurance maladie, etc.) écrivez directement à KLESIA Mut' – Gestion Santé – TSA 50009 – 75128 PARIS CEDEX 11 ou sur le site www.klesia.fr rubrique « votre Mutuelle en ligne ».

Les pièces justificatives à fournir

Qualité du Bénéficiaire	Pièces justificatives à fournir à KLESIA Mut'
Membre participant (salarié, retraité, ancien salarié)	Copie de l'attestation d'immatriculation au régime d'Assurance Maladie Obligatoire (Vitale) + Relevé d'identité bancaire
Conjoint, concubin ou pacs	Copie de l'attestation d'immatriculation au régime d'Assurance Maladie obligatoire (Vitale), s'il est lui-même l'assuré social
Autres enfants (voir définition des ayants droit)	Attestation d'immatriculation au régime d'Assurance Maladie Obligatoire (Vitale) du salarié ou de son conjoint ou partenaire Pacs justifiant la qualité d'ayant droit
Cas des enfants qui poursuit ses études	Certificat de scolarité ou copie carte d'étudiant + copie de l'attestation d'immatriculation au régime d'Assurance Maladie Obligatoire (Vitale) du régime étudiant

KLESIA Mut' se réserve le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire

LES GARANTIES

Prise d'effet

Date d'effet de vos garanties

Vos garanties entrent en vigueur

- **Pour les membres participants présents dans l'entreprise** : à la date d'effet du contrat.
- **Pour les membres participants venant à être concernés** : à compter de la date à laquelle ils remplissent les conditions pour bénéficier du contrat, sous réserve d'avoir été déclarés à KLESIA Mut' dans le mois suivant la date d'effet du contrat.
- La condition d'ouverture des droits à votre garantie est appréciée à la date de l'acte médical portée sur le décompte de l'Assurance Maladie Obligatoire. S'agissant de la pharmacie, la date de prise en compte est celle de la délivrance des médicaments.

Votre carte mutualiste

Une fois votre dossier d'adhésion enregistré, vous recevrez directement à domicile, votre carte mutualiste attestant de vos droits et reprenant l'ensemble des bénéficiaires inscrits. Cette carte est à vérifier puis à conserver et sera renouvelée à effet du 1er janvier de chaque année. N'hésitez pas à nous signaler toute anomalie qui pourrait y figurer.

Elle vous permet de justifier de vos droits auprès des professionnels de santé et de bénéficier le cas échéant, du tiers payant.

En cas, de résiliation, votre carte d'adhérent mutualiste devra être restituée KLESIA Mut'.

Définition des garanties

Ce chapitre recense un certain nombre de dispositions relatives aux prestations et aux droits auxquelles vous pouvez prétendre.

Les garanties « frais de santé » dont vous bénéficiez figurent aux tableaux de garanties ci-après.

Base de remboursement

Les prestations de votre garantie sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le paiement des prestations est conditionné à l'intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire sauf autres indications dans le tableau des garanties.

Changement de niveau de garantie au sein d'un même contrat

Le membre participant peut opter pour le niveau supérieur ou inférieur au 31 décembre de chaque année, sous réserve d'en faire la demande 2 mois auparavant et d'avoir un minimum de 2 ans (en année civile) d'ancienneté dans le niveau. Sauf dans les cas suivants :

- Changement de situation familiale (mariage, divorce, conclusion ou dissolution du PACS, naissance ou décès),
- Changement de situation familiale concernant le nombre d'enfant à charge,

Le changement sera effectif dans les 3 mois suivant l'évènement sous réserve d'en faire la demande dans le mois qui suit l'évènement.

Dispositif contrat responsable et solidaire

Les garanties frais de santé du contrat souscrit par votre employeur sont en conformité avec les exigences posées par **les articles L 871-1, R 871-1** du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats dits « responsables ».

La Mutuelle respecte les obligations de prises en charge prévues à **l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale** (planchers et plafonds de remboursements de prestations).

Dans tous les cas, les limitations de garanties ci-après s'appliquent :

Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Contrat d'Accès aux Soins (C.A.S.) – Option Pratique Tarifaire Maîtrisée(OPTAM) - Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO).

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, ne peut pas dépasser la plus petite des deux limites suivantes :

- Limite 1 : La prise en charge est plafonnée à 100 % du tarif de responsabilité ;
- Limite 2 : Le montant de prise en charge des médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, minoré d'un montant au moins égal à 20 % du tarif de responsabilité.

LES GARANTIES

Prise en charge des équipements optiques

La prise en charge en optique est limitée à un équipement par période de deux ans. Pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue, un équipement peut être remboursé tous les ans. Le point de départ de cette prise en charge est la date d'acquisition de l'équipement.

Ainsi que les exclusions suivantes :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par **l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale**, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à **l'article L 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale** n'est prise en charge ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale en vigueur pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1 ;
- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue **par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale** et par ses textes d'application.

Sans préjudice des obligations de garanties résultant de **l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale** et de ses textes d'application relatifs aux contrats dits « responsables », sont exclus et ne donnent droit à aucun remboursement :

- Les frais occasionnés par un accident ou une maladie non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, sauf stipulation particulière de la garantie.
- Les frais de soins engagés avant la date d'effet des garanties ou après la cessation de celles-ci.
- S'agissant des naissances : le versement d'une participation aux frais sous forme de prime consécutive à une naissance enregistrée dans un pays hors de l'Union Économique Européenne.
- S'agissant des frais de chirurgie esthétique non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire même si elles ont fait l'objet d'une intervention par un praticien agréé, comme les pratiques : du botox, peeling, épilation laser...
- S'agissant des contraceptions prescrites et non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire: les préservatifs masculins et féminins.
- S'agissant des lentilles, les frais inhérents à l'essai et l'adaptation des lentilles ainsi que les produits accessoires.

Tableau des garanties et prestations

Les frais médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire font l'objet d'un remboursement complémentaire à **l'exception des soins hors nomenclature** (sauf dérogations indiquées dans le tableau ci-après). Les prestations sont dues au titre des actes de santé prescrits et des frais correspondants engagés à compter de la date d'effet de l'adhésion, et pendant la période durant laquelle le bénéficiaire adhère au régime. La date des soins, prise en considération pour le remboursement des prestations est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'Assurance Maladie Obligatoire.

Les prestations mentionnées dans le tableau des garanties indiquent la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et celle de KLESIA Mut'.

La part prise en charge par KLESIA Mut' est, dans tous les cas limitée pour chaque acte aux frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire et, le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire.

A l'exception des forfaits indiqués en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale ou en Euros, les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie Obligatoire.

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale - AMO : Assurance Maladie Obligatoire - FR : Frais réels

BR : Base de remboursement - TA : Tarif d'autorité

LES GARANTIES

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale		REMBOURSEMENTS Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale	
	BASE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 2
SOINS COURANTS				
HONORAIRES MEDICAUX				
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation prise en charge par la SS)	270% de la BR	270% de la BR	270% de la BR	270% de la BR
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation prise en charge par la SS)	200% de la BR	200% de la BR	200% de la BR	200% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	270% de la BR	270% de la BR	270% de la BR	270% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% de la BR	200% de la BR	200% de la BR	200% de la BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX				
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...)	260% de la BR	260% de la BR	260% de la BR	260% de la BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie, ...)				
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	270% de la BR	270% de la BR	270% de la BR	270% de la BR
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% de la BR	200% de la BR	200% de la BR	200% de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Analyses et examens de laboratoire	260% de la BR	260% de la BR	260% de la BR	260% de la BR
MEDICAMENTS				
Médicaments remboursés par la SS	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
MATERIEL MEDICAL inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)				
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - lits médicaux, accessoires, ...	165% de la BR + 450 € par an et par bénéficiaire (1)	165% de la BR + 675 € par an et par bénéficiaire	165% de la BR + 900 € par an et par bénéficiaire	165% de la BR + 900 € par an et par bénéficiaire
HOSPITALISATION				
HONORAIRES				
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	300% de la BR	300% de la BR	100% des FR	100% des FR
Honoraires - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% de la BR	200% de la BR	200% de la BR	200% de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER				
Forfait journalier hospitalier	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
FRAIS DE SEJOUR				
Frais de séjour	300% de la BR	300% de la BR	100% des FR	100% des FR
AUTRES PRESTATIONS				
Chambre particulière par jour	80 €	100 €	120 €	120 €
Nb jours max	50 jours par an et par bénéficiaire	50 jours par an et par bénéficiaire	50 jours par an et par bénéficiaire	50 jours par an et par bénéficiaire
Frais d'accompagnant par jour				
Moins de 16 ans	30 €	30 €	30 €	30 €
Bénéficiaire de + de 70 ans	30 €	30 €	30 €	30 €
FORFAIT ACTES LOURDS				
Forfait actes lourds	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
DENTAIRE				
SOINS				
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	270% de la BR	270% de la BR	270% de la BR	270% de la BR
SOINS ET PROTHESES "100 % SANTE"				
Soins et prothèses "100 % Santé" (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation
PROTHESES				
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	290% de la BR / Inlays onlays : 390% de la BR / Dans la limite des honoraires limites de facturation	490% de la BR / Inlays onlays 390% de la BR / Dans la limite des honoraires limites de facturation	570% de la BR / Inlays onlays : 450% de la BR / Dans la limite des honoraires limites de facturation	570% de la BR / Inlays onlays : 450% de la BR / Dans la limite des honoraires limites de facturation
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	290% de la BR / Inlays onlays : 390% de la BR	490% de la BR / Inlays onlays 390% de la BR	570% de la BR / Inlays onlays : 450% de la BR	570% de la BR / Inlays onlays : 450% de la BR
Actes prothétiques non remboursés par la SS	258 € par prothèse	473 € par prothèse	559 € par prothèse	559 € par prothèse
AUTRES ACTES DENTAIRE NON REMBOURSES PAR LA SS				
Parodontologie - Forfait / an / bénéficiaire	880 €	880 €	1120 €	1120 €
Implantologie	320 € par implant	320 € par implant	380 € par implant	380 € par implant
ORTHODONTIE				
Orthodontie remboursée par la SS	290% de la BR	490% de la BR	570% de la BR	570% de la BR
OPTIQUE				
Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.				
EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)				
Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)				
Forfait global : Verres + Monture (Montant de la monture limité à 100€)	240 €	285 €	315 €	315 €
PRESTATION D'ADAPTATION				
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
LENTILLES				
Lentilles correctrices				
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables)	165% de la BR + 240 € par an et par bénéficiaire	165% de la BR + 285 € par an et par bénéficiaire	165% de la BR + 315 € par an et par bénéficiaire	165% de la BR + 315 € par an et par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	240 € par an et par bénéficiaire	285 € par an et par bénéficiaire	315 € par an et par bénéficiaire	315 € par an et par bénéficiaire
CHIRURGIE REFRACTIVE				
Chirurgie de la vision	450 € par oeil (chirurgie réfractive)	450 € par oeil (chirurgie réfractive)	450 € par oeil (chirurgie réfractive)	450 € par oeil (chirurgie réfractive)

LES GARANTIES

	BASE	OPTION 1	OPTION 2
AIDE AUDITIVE	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille.	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille.	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille.
EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)			
Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)			
> Du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020	Se référer à la prise en charge de la classe II dans la limite des prix limites de vente de la Classe I	Se référer à la prise en charge de la classe II dans la limite des prix limites de vente de la Classe I	Se référer à la prise en charge de la classe II dans la limite des prix limites de vente de la Classe I
> A compter du 1er janvier 2021	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)	Au 1er janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS	Au 1er janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS	Au 1er janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS
Aide auditive remboursée par la SS	165% de la BR + 450 € par appareil (1)	165% de la BR + 675 € par appareil	165% de la BR + 900 € par appareil
ACCESSOIRES REMBOURSES PAR LA SS			
Petits accessoires auditifs (piles, ...)	60 € par an et par bénéficiaire (2)	60 € par an et par bénéficiaire	60 € par an et par bénéficiaire
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE			
Forfait global médecine douce	161 € par an et par bénéficiaire	161 € par an et par bénéficiaire	161 € par an et par bénéficiaire
Acupuncture	Inclus	Inclus	Inclus
Ostéopathie	Inclus	Inclus	Inclus
Chiropractie	Inclus	Inclus	Inclus
Diététique	Inclus	Inclus	Inclus
Etiopathie	Inclus	Inclus	Inclus
Microkinésie	Inclus	Inclus	Inclus
Pédicure podologie	Inclus	Inclus	Inclus
Forfait global vaccins prescrits et non remboursés par la SS	15 € par an et par bénéficiaire	15 € par an et par bénéficiaire	15 € par an et par bénéficiaire
Densitométrie osseuse prescrite et non remboursée par la SS	75 € par an et par bénéficiaire	75 € par an et par bénéficiaire	75 € par an et par bénéficiaire
Aide à domicile après prise en charge d'un organisme social	150 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire
DIVERS			
CURES THERMALES			
Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire			
Cures thermales Honoraires	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Cures thermales Transport et hébergement	245 €	245 €	245 €
NAISSANCE - ADOPTION			
Chambre particulière par jour	60 € (limitée à 8 jours / en cas de césarienne prise en charge au titre du poste hospitalisation)	60 € (limitée à 8 jours / en cas de césarienne prise en charge au titre du poste hospitalisation)	60 € (limitée à 8 jours / en cas de césarienne prise en charge au titre du poste hospitalisation)
Forfait par enfant	440 €	440 €	440 €
Péridurale	230 € (en cas de césarienne prise en charge au titre du poste hospitalisation)	230 € (en cas de césarienne prise en charge au titre du poste hospitalisation)	230 € (en cas de césarienne prise en charge au titre du poste hospitalisation)
TRANSPORT			
Frais de transport	265% de la BR	265% de la BR	265% de la BR
ASSISTANCE	UMC Services / UMC Juris	UMC Services / UMC Juris	UMC Services / UMC Juris
FRAIS D'OBSEQUES	1000 €	1000 €	1000 €

(1) Un seul forfait en € est valable pour les deux postes : Matériel médical et Aides auditives.

(2) Au-delà du forfait, prise en charge du TM.

* : Tels que définis réglementairement / **Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale / **FR** : Frais réels / **TM** : Ticket modérateur / **TC** : Tarif de convention / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale** : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Honoraires limites de facturation** : Dans l'attente de leur mise en oeuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive** : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

LES GARANTIES

Versement des prestations

Comment se faire rembourser les frais engagés ?

Dans la plupart des cas, le remboursement des prestations est automatique grâce au système de télétransmission (NOEMIE) entre votre caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et KLESIA Mut'. Ce système vous permet de ne plus envoyer vos décomptes ; c'est votre CPAM qui s'en charge dès qu'elle a traité votre feuille de soins.

Le règlement des prestations de KLESIA Mut' s'effectue alors directement par virement (fournir un RIB à l'adhésion) avec transmission d'un relevé par mail ou par courrier trimestriellement, des remboursements effectués.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission NOEMIE, indiquez-le impérativement sur votre bulletin d'adhésion. Vous devrez alors adresser à KLESIA Mut' vos demandes de remboursements accompagnées des originaux des relevés de remboursement émis par votre Assurance Maladie Obligatoire et éventuellement des justificatifs des frais réels engagés.

Dans quels délais devez-vous formuler votre demande de remboursement ?

Vous devez formuler votre demande de remboursement dans les meilleurs délais.

De manière générale, pour les soins pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire avec dépassements d'honoraires

A notre demande : vous devrez nous faire parvenir la facture originale détaillée et acquittée du praticien précisant la nature des soins effectués (en dentaire : la nature des travaux effectués, le numéro des dents et le montant des frais réels correspondants à chacun des actes).

Hospitalisation médicale ou chirurgicale

Vous devrez nous faire parvenir la facture originale, détaillée et acquittée émise par l'établissement.

Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone et pourboires ne sont jamais remboursés par la mutuelle.

Soins externes en secteur hospitalier

L'attestation de paiement accompagnée de l'avis des sommes à payer devra nous être adressée.

Et plus spécifiquement, pour les soins non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire

En optique

Vous devrez nous envoyer la facture originale, détaillée et acquittée pour les lentilles refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire sur celle-ci devront être précisés le nom des lentilles et celui du fabricant.

Un équipement est défini comme l'ensemble d'une monture et de deux verres.

Lors du remplacement d'un équipement existant soit une monture et deux verres par 2 montures (plus 2 fois 2 verres), cela équivaudra à deux équipements.

Si un équipement comporte deux verres différents (exemple : un verre très complexe et un verre simple) le remboursement sera proratisé, (exemple : un demi du forfait verre très complexe et un demi du forfait verre simple).

Les équipements sont classés en 6 catégories, basées sur la correction des verres, selon le tableau ci-dessous :

Catégorie	Équipement	Verres associés
1	Équipement composé de 2 verres "simples"	Verres simple foyer avec : Sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est ≤ 4
2	Équipement composé de 2 verres "complexes"	Verres simple foyer avec : Sphère > -6 ou $> +6$ ou dont le cylindre est > 4 ou verres multifocaux ou verres progressifs
3	Équipement composé de 2 verres "très complexes"	Verres pour adultes multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec : sphère hors zone de -8 ou $> +8$ ou verres multifocaux ou progressifs sphériques avec : sphère hors zone de -4 ou $> +4$
4	Équipement mixte composé d'un verre "simple" et d'un verre "complexe"	Équipement composé d'un verre de catégorie 1 et d'un verre de catégorie 2
5	Équipement mixte composé d'un verre « simple » et d'un verre « très complexe »	Équipement composé d'un verre de catégorie 1 et d'un verre de catégorie 3
6	Équipement mixte composé d'un verre "complexe" et d'un verre "très complexe"	Équipement composé d'un verre de catégorie 2 et d'un verre de catégorie 3

Les forfaits optiques figurant au tableau des garanties portent sur un équipement (monture + verres) et incluent le forfait « monture » ainsi que le ticket modérateur, conformément aux dispositions de l'article R. 871-2 3° du code de la sécurité sociale).

LES GARANTIES

En dentaire

Pour les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire : vous nous adresserez obligatoirement la facture originale détaillée et acquittée.

Dans le cadre de l'orthodontie, ou tout autre acte en série, en cas de résiliation ou d'adhésion en cours de semestre, le paiement est proratisé sur le nombre de mois cotisés durant le semestre de soins.

Cure thermique

Si votre garantie comporte une participation aux frais liés à une cure thermique, il faudra nous adresser le justificatif de paiement du ticket modérateur.

En cas de prise en charge des soins à 100% par l'Assurance Maladie Obligatoire : vous devrez nous envoyer l'attestation de cure délivrée par l'établissement thermal.

Maternité

Prise en charge des frais de chambre particulière et de dépassement d'honoraires en cas de maternité :

- S'agissant de la maternité et sauf mention particulière figurant au tableau des garanties, les frais de chambre particulière liés à l'accouchement ne sont pris en charge que lorsque l'accouchement donne lieu à un acte chirurgical porté à la classification commune des actes chirurgicaux. Aussi, sauf stipulation particulière des garanties, la prise en charge des frais de chambre particulière en cas d'accouchement par voie naturelle n'est pas garantie.
- Les frais de dépassements d'honoraires liés à l'accouchement ne sont pris en charge que lorsque l'accouchement donne lieu à un acte chirurgical porté à la classification commune des actes médicaux (CCAM). Aussi, sauf stipulation particulière des garanties, les frais de dépassements d'honoraires liés à un accouchement par voie naturelle ne sont pas pris en charge au titre du contrat souscrit par votre employeur.

Prime Naissance

Le versement de la prime naissance ou d'adoption est un forfait correspondant à la garantie souscrite, elle est attribuée par enfant né ou adopté, déclaré et enregistré dans un pays de la Communauté Européenne. Elle est versée sur présentation de l'extrait d'acte de naissance du nouveau-né (ou photocopie du livret de famille justifiant la filiation) ou le cas échéant sur présentation d'un justificatif de jugement provisoire d'adoption.

Si votre garantie comporte le versement d'une allocation de naissance ou d'adoption, celui-ci sera doublé en cas de naissance gémellaire

Autres

- Dans le cas d'un tiers payant partiel (pharmacie, radiologie, laboratoire), vous devrez impérativement fournir le justificatif du paiement du ticket modérateur.
- Psychologues, psychothérapeute, diététicien, ergothérapeute, psychomotricien... les remboursements faisant l'objet d'une prestation sans prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, doivent être dispensés par un praticien diplômé.
- Pour donner droit à remboursement, toutes prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, doivent faire l'objet d'une prescription nominative et d'une facture originale, détaillée et acquittée selon les garanties souscrites.
- Pour tous remboursements concernant des prestations hospitalisation, optique, dentaire, orthopédique et acoustique : une facture originale, détaillée et acquittée doit être jointe à la demande de remboursement.
- Aide à l'achat du matériel médicalisé (béquille, déambulateur, fauteuil roulant) : une facture originale, détaillée et acquittée doit être jointe à la demande de remboursement.
- Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par l'Assurance maladie obligatoire peuvent être compris dans la garantie.

D'une manière générale, lorsque les actes ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, il vous sera demandé de fournir une facture originale, détaillée et acquittée ainsi que la prescription médicale, selon la garantie souscrite.

Cas particuliers

Adhésions à plusieurs organismes complémentaires

La liaison NOEMIE ne fonctionne qu'entre votre Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire et un seul organisme complémentaire. Si vous êtes adhérent à plusieurs organismes simultanément, vous devez choisir celui auprès duquel vous souhaitez que la connexion soit établie et l'indiquer sur votre bulletin d'adhésion.

Si vous décidez de cumuler plusieurs garanties, vous pouvez obtenir le remboursement au titre de chacune d'elles toujours dans la limite des dépenses réellement engagées. Ainsi, en cas de remboursement préalable d'un autre organisme complémentaire, il est nécessaire de présenter à KLESIA Mut' l'original du relevé de prestation de cet organisme, les copies de décomptes de l'Assurance Maladie Obligatoire et tout justificatif des frais engagés.

LES GARANTIES

Devis

Certaines dépenses peuvent être importantes : notamment en matière dentaire ou d'optique.

Afin de mieux connaître le montant des frais laissés à votre charge, il est préférable de faire établir un devis préalable. En l'adressant à KLESIA Mut', vous recevrez en retour un courrier mentionnant le montant de l'intervention de votre mutuelle. Ainsi, vous connaîtrez, avant d'engager les soins, la somme restant à votre charge.

Justificatifs à fournir :

Dans la plupart des cas, le remboursement est automatique via NOEMIE. Cependant, KLESIA Mut' peut vous réclamer les factures originales, détaillées et acquittées pour certains actes, vous devez les adresser directement à KLESIA Mut' en joignant systématiquement votre numéro d'adhérent mentionné sur votre carte mutualiste.

Le remboursement des frais antérieurs à votre adhésion

Les frais de santé concernant les soins antérieurs à votre adhésion seront à adresser à votre ancien organisme complémentaire (société d'assurance, institution de prévoyance, organisme mutualiste...), qui procédera au règlement de ceux-ci.

Le Tiers payant

Le tiers payant est un accord passé avec les professionnels de santé, qui vous dispense de faire l'avance des frais de santé entrant dans le cadre des prestations garanties par le régime. Pour bénéficier de ce service, vous présentez votre carte d'adhérent mutualiste et votre attestation de l'Assurance Maladie Obligatoire ou votre carte vitale.

Le tiers payant fonctionne pour l'hospitalisation (faire une demande de prise en charge auprès de notre service Hospitalisation au numéro 0149294929 ou par mail à l'adresse suivante : p.hospit@mutuelle-umc.fr), la pharmacie et selon les accords départementaux existants, pour les soins hospitaliers externes, dans les laboratoires de biologie médicale, les cabinets d'imagerie médicale, les centres dentaires mutualistes ainsi que les opticiens mutualistes.

Les limites au versement de vos prestations

Principe indemnitaire

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit, après les remboursements de toutes natures 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 membre participant ou ses ayants droit peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Ainsi, pour toutes les garanties faisant l'objet du contrat souscrit par votre employeur, les prestations ne peuvent être versées que dans la limite des frais réellement engagés.

Prescription

Pour être recevable, toute demande de paiement des prestations doit parvenir à KLESIA Mut' dans un délai de deux ans à compter du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Fausse déclaration

Attention : indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour KLESIA Mut', alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, KLESIA Mut' n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant, le cas échéant, à un sinistre réel.

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

Déchéance

Conformément à l'article L.221-16 du Code de la mutualité, sont nulles :

- Toutes clauses générales frappant de déchéance le membre participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire en cas de violation des lois ou des règlements, à moins que cette violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel ;
- Toute clause frappant de déchéance le membre participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire à raison de simple retard apporté par lui sans intention frauduleuse à la déclaration relative à la réalisation du risque aux autorités ou à des productions de pièces, sans préjudice du droit, pour la mutuelle de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

LES GARANTIES

Quelles sont les exclusions ?

Ne donnent droit à aucun remboursement les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies pour chaque garantie dans le tableau des garanties ci-avant.

Les soins de toutes natures (notamment les séjours en établissements hospitaliers ou cliniques, les traitements d'orthodontie et les prothèses dentaires) dont les dates d'exécution se situent avant la date d'effet du contrat, ne peuvent donner lieu à intervention.

Contrôle médical

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

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge.

LES COTISATIONS

Quelles sont les structures de cotisations au titre du régime ?

En tant que retraité, vous êtes couvert de façon facultative et à ce titre votre cotisation est payable soit :

- par prélèvement sur votre compte bancaire mensuellement ou trimestriellement
- par chèque bancaire ou postal trimestriellement. Le versement des prestations est subordonné au paiement des cotisations. En cas de non-paiement des cotisations dans les dix jours suivant leur échéance, Klésia Mut' vous adressera une mise en demeure détaillant les conséquences du non-paiement.

Le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la cessation automatique des garanties.

LE TERME DES GARANTIES

Termes des garanties

Les garanties des bénéficiaires (membres participants et ayants droit) cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance par l'association ou par Klésia Mut' ;
- en cas de résiliation à votre initiative, si elle est signifiée à Klésia Mut' par lettre recommandée au moins deux mois avant la fin de l'année civile.
- à la date du décès du membre participant ;
- s'agissant des ayants droit assurés à titre facultatif, en cas de résiliation signifiée à Klésia Mut' par lettre recommandée au moins deux mois avant la fin de l'année civile. La résiliation ne dispense pas du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile.
- s'agissant des ayants droit assurés à titre facultatif, ces derniers peuvent résilier leur adhésion en cours d'année s'ils apportent la preuve qu'une convention collective ou un accord collectif impose leur affiliation obligatoire à un autre organisme. Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la réception de la demande écrite.

DISPOSITIONS GENERALES

Forclusion

Sous réserve des modalités d'interruption de la prescription de droit commun, les prestations non perçues ou non réclamées ainsi que toute action dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Recours Subrogatoire

KLESIA Mut' est subrogée de plein droit aux adhérents victimes d'un accident dans son action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

Si vous ou l'un de vos ayants droit êtes victime d'un accident, vous avez l'obligation de déclarer cet accident à KLESIA Mut'. Cette déclaration peut être effectuée par lettre simple dans laquelle vous devez indiquer la date et les circonstances de l'accident ainsi que l'identité et l'adresse du tiers responsable.

Ces informations permettront à KLESIA Mut' d'obtenir de la personne responsable de l'accident le remboursement des frais de soins qu'elle aura dû elle-même vous rembourser à l'occasion de cet accident.

Loi applicable

En tous les cas, la loi applicable est la loi française.

Organisme de contrôle

Conformément au code de la mutualité, KLESIA Mut' exerce son activité sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) – 61, rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09.

Informatique et libertés

Les données personnelles que le membre participant et ses ayants droit communiquent à la mutuelle font l'objet d'un traitement automatisé au sens de la Loi « Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 20014.

Ces données sont destinées aux entités du Groupe de protection sociale KLESIA et à tous tiers autorisé afin d'assurer la gestion et le suivi des garanties dont le membre participant et ses ayants droit bénéficient ainsi que le respect des obligations légales et réglementaires auxquelles la mutuelle doit se conformer telles que la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Elles peuvent être transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale.

Le membre participant et ses ayants droit, disposent d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes, d'un droit d'accès, de communication, de rectification et de suppression des données le concernant. Ces droits peuvent être exercés en s'adressant à KLESIA Mut' – Correspondant Informatique et Libertés – Service INFO CNIL – CS 30027 – 93108 MONTREUIL CEDEX ou par courriel à l'adresse suivante : info.cnil@KLESIA.fr.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au membre participant ou, le cas échéant, aux ayants droit, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique.

Secret professionnel

Conformément aux articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal, la mutuelle est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

Réclamation et Médiation

Toutes réclamations relatives à l'interprétation et l'application des dispositions de la présente notice d'information doivent être adressées par écrit à **KLESIA MUT' - Secteur Relations Adhérents – TSA 50009 – 75128 PARIS CEDEX 11**. . Si un désaccord persistait suite aux réponses apportées par la mutuelle et une fois toutes les procédures internes de règlement amiable des litiges épuisées, le membre participant et/ou la mutuelle ont la possibilité de saisir le Médiateur de la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française), par courrier à **l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur - 255 rue de Vaugirard – 75719 - Paris Cedex 15**; ou par courriel à mediation@mutualite.fr . En tout état de cause, la saisine du Médiateur de la FNMF est sans préjudice sur une éventuelle action ultérieure devant les tribunaux compétents.

LES SERVICES MUTUALISTES

A - L'accès aux réalisations sanitaires et sociales

En tant qu'adhérent mutualiste, vous bénéficiez de l'accès au réseau des 2.000 réalisations sanitaires et sociales de la Mutualité Française : les centres d'optique, les centres de santé dentaires, les centres d'appareillage médical, les services pour personnes handicapées, etc. Ces structures vous permettent d'accéder à des soins et services de qualité au meilleur coût grâce :

- au respect des bases de remboursement,
- au développement d'une offre de qualité à des tarifs moins élevés que la moyenne du marché pour les biens médicaux (optique, audition ou dentaire),
- à la dispense d'avance de frais (tiers payant) quasi généralisée, en fonction des conventions signées.

Pour trouver un établissement près de chez vous, vous pouvez soit nous contacter, soit consulter le site internet www.mutualite.fr. Toutes les réalisations sanitaires et sociales y sont répertoriées par type de spécialité et par zone géographique.

B - L'assistance à la personne – Garantie Assistance

Cette assistance vous aide à réorganiser votre vie familiale perturbée à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'un décès.

Ce service est accessible 24h/24, sur simple appel téléphonique.

Accompagnement d'enfant chez un proche, conduite à l'école, soutien pédagogique à domicile, aide à domicile pour les tâches ménagères...

Sur notre site www.klesiamut.fr vous trouverez tous les renseignements sur ce service.

Voir notice Garantie Assistance ci-après.

C - L'assistance juridique

Cette assistance est une protection juridique, garantie « Recours Médical ». Ce service vous permet de faire valoir vos droits afin d'obtenir la réparation d'un préjudice corporel, lorsque la responsabilité d'un hôpital, d'une clinique, du corps médical, paramédical ou pharmaceutique peut être recherchée.

Ce service est accessible sur simple appel téléphonique du Lundi au Vendredi de 8h00 à 18h00 au 02.35.03.41.83, et que vous retrouverez également sur notre site www.klesiamut.fr

Voir notice Garantie Assistance ci-après.

D - L'assistance familiale : Passerelle Famille

Passerelle Famille est un service téléphonique anonyme d'écoute, d'information et d'orientation. Il met à votre disposition des juristes, des psychologues, des conseillers sociaux et scolaires, concernant les divers sujets suivants : scolarité, psychologie et éducation, loisirs et vacances, droit de la famille et toute information à caractère social. Ce service est accessible sur simple appel téléphonique au numéro 01.44.93.44.94.

E - Le service social :

Notre service social est à votre disposition pour étudier toute situation délicate que vous pourriez lui soumettre. Que ce soit en raison d'une situation financière difficile ou d'un soin particulièrement lourd à assumer. Ce service est accessible sur simple appel téléphonique au numéro 01 58 57 65 91 ou 01 58 57 65 85.

F – Priorité Santé Mutualiste :

Priorité Santé Mutualiste est un service de soutien et d'accompagnement dans vos démarches de santé, et notamment lorsque vous êtes confrontés à la maladie ou à celle d'un proche, en répondant aux difficultés de compréhension et d'orientation dans le système de santé.

Pour accéder aux services proposés par Priorité Santé Mutualiste, il vous suffit de vous connecter sur le site suivant www.prioritesantemutualiste.fr et de communiquer le code d'accès **n°7829 UMC**.

Le service vous propose :

- une information de qualité en matière de santé : « service d'information santé »,
- de l'aide pour vous orienter dans le système de santé : « service d'aide à l'orientation »
- un accompagnement personnalisé par téléphone (aide à l'arrêt du tabac, équilibre alimentaire, maintien à domicile des personnes âgées ou en situation de handicap) : « service d'accompagnement personnalisé »,
- des Rencontres Santé en région (conférences, groupes de parole, ateliers, etc.) : « service Rencontres Santé »
- en fonction de votre besoin, vous pouvez également être orienté vers un « service d'écoute »

Les services proposés par Priorité Santé Mutualiste concernent aujourd'hui SIX thèmes majeurs de santé publique : le cancer, les maladies cardio-vasculaires (et les facteurs de risque), la dépendance au tabac, à l'alcool, au cannabis, le maintien de l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap, le médicament et la santé visuelle.

LES SERVICES MUTUALISTES

G – Réseau Optique et Audioprothèse

Grâce au réseau KALIVIA, vous profitez de **d'opticiens et d'audioprothésistes** agréés. à vos besoins, et vous font profiter de tarifs et d'avantages exclusifs.



l'expertise et de la proximité d'un **réseau** Ils vous conseillent sur les équipements adaptés

Ainsi, vous bénéficiez :

- de la compétence reconnue des opticiens ;
- de l'exigence d'un réseau de professionnels engagés par une **charte de qualité** et d'éthique ;
- d'un excellent rapport **qualité/prix** en termes de tarifs et de service ;
- **du tiers payant systématique** (régime d'assurance maladie obligatoire et régime complémentaire).

En tant qu'adhérent au régime frais de santé de KLESIA Mut', vous bénéficiez de l'expertise des opticiens agréés KALIVIA. Proches de chez vous, ils vous accordent de nombreux avantages :

- jusqu'à **40% de réduction**, en moyenne, sur les verres ;
- **15% de réduction** minimum sur le prix des montures par rapport aux tarifs moyens constatés sur le marché
- des conseils personnalisés ;
- une réponse immédiate aux demandes de prise en charge
- un très large choix de lunettes, parmi les plus grandes marques du marché
- réduction de votre reste à charge

Un réseau d'audioprothésistes agréés :

KALIVIA audio est le 1^{er} réseau de France. Il compte plus de 1 000 professionnels partenaires (indépendants, enseignes, audioprothésistes mutualistes) répartis équitablement sur tout le territoire.

KALIVIA Audio est une solution concrète pour permettre à ses bénéficiaires de s'équiper, d'améliorer leur confort d'écoute et ainsi de maintenir un lien social en bénéficiant d'une réduction moyenne entre 10 et 20% sur l'équipement.

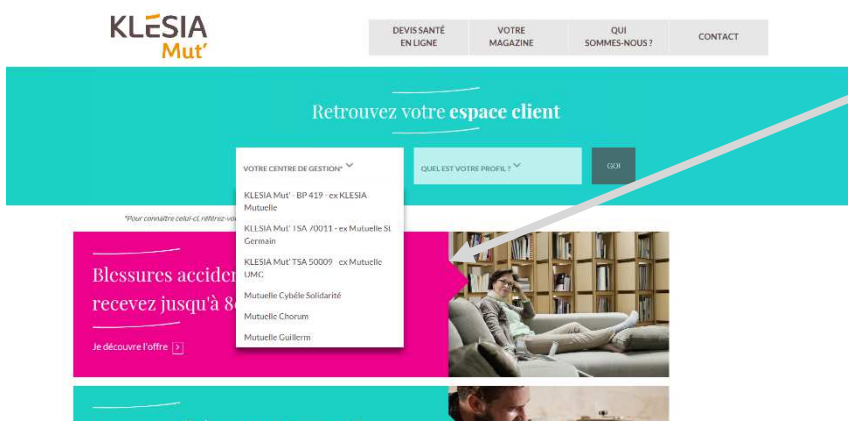
Où trouver un professionnel de santé Kalivia ?

Indépendants ou membres d'enseignes nationales, les professionnels de santé KALIVIA vous accueillent partout en France. Pour trouver le professionnel le plus proche de chez vous, c'est très simple :

Vous pouvez également avoir accès à la géo-localisation des professionnels agréés en :

- vous connectant sur votre espace adhérent du site internet de l'UMC. www.klesiamut.fr.
- appelant le **01 49 29 49 29** ; ligne téléphonique du Lundi au Vendredi de 8 h 30 à 17 h 00.

H - Pour accéder à votre espace personnel sur www.klesiamut.fr



Cliquez sur
«**Votre centre de gestion TSA 50009 ex mutuelle UMC** »
Puis votre profil : « **Adhérent mutualiste** » et connectez-vous.

LES SERVICES MUTUALISTES

KLESIA Mut'

Connexion à mon compte

Email *

Email ou code d'accès

Mot de passe *

Saisissez votre mot de passe

[J'ai perdu mes accès de connexion](#)

Se souvenir de moi

[Je me connecte](#)

Ma première connexion

Consultez votre espace adhérent pour connaître vos garanties, suivre vos remboursements et réaliser vos démarches en ligne...

[Je crée mon compte !](#)

KLESIA Mut' - 4 rue Georges Picquart - 75017 PARIS

Cliquez sur : « je crée mon compte »

KLESIA Mut'

Inscription

1 Mes infos 2 CGU 3 Confirmation

Numéro de sécurité sociale *

saisissez votre n° de sécurité sociale

Code d'accès *

saisissez votre code d'accès

Email *

saisissez votre email

Mot de passe *

saisissez votre mot de passe

Répétez votre mot de passe *

saisissez à nouveau votre mot de passe

[Annuler](#) [Continuer](#)

Entrez votre numéro de sécurité sociale : 13 chiffres et entrez le code d'accès à 8 lettres qui se trouve sur vos décomptes ou envoyé par mail et continuez

NOUS CONTACTER

KLESIA MUT'
GESTION SANTE
TSA 50009
75128 PARIS CEDEX 11

Pour toute demande :

Par mail sur le site : mutuelle-umc.fr rubrique contactez-nous ou dans votre espace adhérent.

Par téléphone : ☎ 01-49-29-49-29

Pour une demande de **prise en charge hospitalisation** précisez : votre numéro adhérent, le nom de l'établissement et le service concerné, la date d'entrée et la durée d'hospitalisation prévue.

Mail pour les prises en charge hospitalisation : p.hospit@mutuelle-umc.fr

Fax pour les prises en charge hospitalisation : 01 49 29 19 97

Pour une **modification de votre adhésion** (ajout d'ayants droit, changement d'option...): contactez votre service RH

LEXIQUE

Accident : l'accident s'entend de l'effet soudain, imprévisible et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique du membre participant une atteinte ou lésion corporelle. La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire.

Assuré : désigne l'assuré social, c'est-à-dire la personne affiliée à un régime d'assurance maladie obligatoire.

Ayants droit : au sens de l'Assurance Maladie Obligatoire, désignent les personnes à la charge du membre participant en sa qualité d'assuré social et qui peuvent prétendre à ce titre au versement des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie auquel il est affilié. Au sens de votre régime complémentaire, désignent les personnes définies page 4 au paragraphe « Les bénéficiaires ayants droit du membre participant ».

Bénéficiaire : est considérée comme bénéficiaire la personne qui recevra la prestation due par KLESIA Mut' en cas de réalisation du risque frais de soins de santé garanti par la présente notice d'information.

Garantie : elle correspond à l'engagement KLESIA Mut' de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, les bénéficiaires sont victimes d'un sinistre.

Membre participant : le membre participant est un salarié de l'Entreprise appartenant à la catégorie de personnel définie au préambule de la présente notice d'information.

Nomenclature : cette notion désigne les documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

PACS : il s'agit du sigle désignant le Pacte Civil de Solidarité.

Prestation : elle correspond à l'exécution de la garantie par KLESIA Mut'.

Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire:

- Base de remboursement (BR) : représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de l'Assurance Maladie Obligatoire.
- Montant remboursé (MR) : ce montant est égal à la base de remboursement (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par l'Assurance Maladie Obligatoire.
- Ticket modérateur (TM) : il correspond à la part des frais de santé non remboursée par l'Assurance Maladie Obligatoire, égale à la différence entre la base de remboursement (BR) et le montant remboursé (MR).
-

Risque : le risque est un événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du membre participant ou du bénéficiaire.

Sinistre : le sinistre correspond à la réalisation du risque.

NOTICE GARANTIE ASSISTANCE

KLÉSIA
Mut'



NOTICE D'INFORMATION

ASSISTANCE SANTÉ ET PRÉVOYANCE

Parce que certaines situations peuvent fortement perturber la vie de la famille et nécessitent un accompagnement de proximité, l'Assistance Santé et Prévoyance de Klesia Mut' prévoit également un service d'assistance renforcé et adapté à vos besoins. Les équipes sont à votre écoute, 24h/24 et 7j/7.

05 49 76 97 64

Janvier 2018

KLESIA MUT' mutuelle soumise au Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 529 168 007 ; ayant son siège social sis 4, rue Georges Picquart – 75017 PARIS
KLESIA MUT' mutuelle exerçant son activité sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) ; 61, rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09



NOTICE GARANTIE ASSISTANCE

• GARANTIES D'ASSISTANCE 1/11 •

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES ci-après dénommée «IMA», société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

1 - DÈS LA SOUSCRIPTION

1.1. CONSEIL SOCIAL

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

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

1.2. INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français.

A titre d'exemple : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger.

2 - EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE ET EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

2.1. AIDE MÉNAGÈRE

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

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

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

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le

ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 10 jours. Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

2.2. PRÉSENCE D'UN PROCHE

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

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

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

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge en France le déplacement aller-retour d'un proche par train 1^{ère} classe ou avion classe économique.

IMA organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

2.3. SERVICES DE PROXIMITÉ

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

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

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

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

NOTICE GARANTIE ASSISTANCE

• GARANTIES D'ASSISTANCE 2/11 •

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

- Livraison de médicaments

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

- Portage de repas

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

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

Le coût des repas demeure à la charge de l'adhérent.

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

- Portage d'espèces

- Le transport aller-retour dans un établissement bancaire proche du domicile

- OU bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 € lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

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

- Livraison de courses

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

- Coiffure à domicile

Le déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'adhérent ou son

conjoint a besoin de soin de coiffure. La prise en charge est limitée à un seul déplacement par évènement et le coût de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent.

2.4. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

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

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

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

- La visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »,
- La garde au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »,
- La garde de l'animal chez un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'interventions est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 interventions réparties sur une période maximale de 20 jours.

Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

Cette garantie est conditionnée à la mise à disposition pour le « pet sitter » des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

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

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

IMA organise et prend en charge :

- La promenade du chien de l'adhérent par un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'intervention est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 interventions réparties sur une période maximale de 20 jours.

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

NOTICE GARANTIE ASSISTANCE

• GARANTIES D'ASSISTANCE 3/11 •

2.5. FERMETURE DU DOMICILE QUITTÉ EN URGENCE

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

En l'absence d'un proche présent localement, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 2 heures afin de s'assurer que l'habitation soit apte à rester fermée pendant une durée indéterminée.

Cette garantie comprend :

- la fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets...
- la fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques...
- le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, tri des aliments du réfrigérateur...

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA organise et prend en charge, dans la limite de 100€, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

2.6. PRÉPARATION DU RETOUR AU DOMICILE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 14 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 14 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En l'absence d'un proche présent localement, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 4 heures pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette garantie comprend :

- La réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques,
- La mise en température du chauffage du logement,

- Le ménage,
- Les courses, leur coût demeurant à la charge de l'adhérent.

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA organise et prend en charge, dans la limite de 100€, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie de l'hôpital et qu'il ait été missionné 48 heures avant cette sortie, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

2.7. TRANSFERT POST-HOSPITALISATION CHEZ UN PROCHE

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

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

IMA organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation.

Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1^{ère} classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 € par trajet aller-retour.

2.8. TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

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

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

* Véhicule Sanitaire Léger

NOTICE GARANTIE ASSISTANCE

• GARANTIES D'ASSISTANCE 4/11 •

3 - EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE ET/OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

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

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

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.

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

- Le déplacement d'un proche

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

- Le transfert des enfants

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

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

- La garde des enfants

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

3.2. GARDE DES FRÈRES ET SŒURS (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours d'un enfant.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours d'un enfant.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la garde de jour des autres enfants par :

- Le déplacement aller-retour d'un proche
- Ou s'il y a lieu la venue d'un intervenant habilité du lundi ou vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

3.3. REMPLAÇANT(E) DE GARDE D'ENFANTS

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

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de la garde salariée habituelle des enfants,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

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

3.4 . CONDUITE À L'ÉCOLE ET RETOUR DES ENFANTS AU DOMICILE

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

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 20 jours.

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

3.5. CONDUITE AUX ACTIVITÉS EXTRA-SCOLAIRES

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

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,

NOTICE GARANTIE ASSISTANCE

• GARANTIES D'ASSISTANCE 5/11 •

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

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite aux activités extra-scolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période de 20 jours.

3.6 . SOUTIEN SCOLAIRE EN LIGNE (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue de plus de 14 jours d'un enfant.

Dès lors que l'enfant n'est pas en état de suivre sa scolarité, IMA prend en charge l'accès à un site de cours en ligne.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Le site propose des cours pour les enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), sur une durée maximale de 6 mois.

La garantie est cumulable avec le soutien scolaire à domicile.

3.7. SOUTIEN SCOLAIRE A DOMICILE (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue de plus de 14 jours d'un enfant.

Dès lors que l'enfant n'est pas en état de suivre sa scolarité, IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation.

Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 3 heures par jour, dans la limite de 18 heures sur une période maximale de 4 semaines.

La garantie est cumulable avec le soutien scolaire en ligne.

3.8 SOUTIEN SCOLAIRE CHEZ UN PROCHE

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

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

Lorsque l'enfant est transféré chez un proche éloigné géographiquement de l'école empêchant la poursuite des cours, IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 3 heures par jour par foyer.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation sur une période maximale de 20 jours.

3.9 AIDE AUX DEVOIRS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,

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

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, à raison de 2 heures par enfant et par semaine.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 20 jours.

NOTICE GARANTIE ASSISTANCE

• GARANTIES D'ASSISTANCE 6/11 •

3.10 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

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

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie entraînant :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

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

- Le déplacement d'un proche

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

- Le transfert des ascendants chez un proche

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

- La garde des ascendants

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

4 - EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE OU D'INTERVENTION CHIRURGICALE COMPRENANT UNE NUIT

Les conditions d'application des garanties d'assistance Domicile prévues au pages 13 et 14 s'appliquent aux garanties ci-dessous.

4.1 AIDE MÉNAGÈRE

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

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

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

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

4.2 PRÉSENCE D'UN PROCHE

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

IMA organise et prend en charge le déplacement aller-retour d'un proche par train 1^{ère} classe ou avion classe économique.

IMA organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit

4.3 SERVICES DE PROXIMITÉ

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

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

- Livraison de médicaments

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

- Portage de repas

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

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

Le coût des repas demeure à la charge de l'adhérent.

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

NOTICE GARANTIE ASSISTANCE

• GARANTIES D'ASSISTANCE 7/11 •

- Portage d'espèces

- Le transport aller-retour dans un établissement bancaire proche du domicile

- OU bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 € lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

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

- Livraison de courses

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

- Coiffure à domicile

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

4.4 TRANSFERT POST-HOPITALISATION CHEZ UN PROCHE

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

IMA organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation.

Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1^{ère} classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 € par trajet aller-retour.

4.5 TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

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

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA organise et prend en charge, sur une période maximale de 10 jours, un transport non médicalisé aller-retour par taxi ou par VSL* dans un rayon de 50 km.

* Véhicule Sanitaire Léger

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

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

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

- Le déplacement d'un proche

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

- Le transfert des enfants

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

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

- La garde des enfants

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

4.7 GARDE DES FRÈRES ET SŒURS (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire d'un enfant et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la garde de jour des autres enfants par :

- Le déplacement aller-retour d'un proche (train 1^{ère} classe ou avion classe économique)

- ou s'il y a lieu la venue d'un intervenant habilité du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

4.8 CONDUITE A L'ÉCOLE ET RETOUR DES ENFANTS AU DOMICILE

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de de chirurgie ambulatoire de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant

NOTICE GARANTIE ASSISTANCE

• GARANTIES D'ASSISTANCE 8/11 •

une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 2 semaines.

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

4.9 CONDUITE AUX ACTIVITÉS EXTRA-SCOLAIRES

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

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite aux activités extra-scolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période de 2 semaines.

5 - GARANTIES LIÉES À LA MATERNITÉ

5.1 AIDE-MENAGÈRE

Les garanties sont acquises :

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

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

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

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

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

Les garanties sont acquises :

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

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

- Le déplacement d'un proche

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

- Le transfert des enfants

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

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

- La garde des enfants

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

5.3 ACQUISITION DES GESTES 1^{ER} ENFANT

A la naissance ou à l'adoption du premier enfant de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge l'envoi d'un intervenant qualifié au domicile pour faciliter l'acquisition des gestes liés à la maternité.

NOTICE GARANTIE ASSISTANCE

• GARANTIES D'ASSISTANCE 9/11 •

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 4 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparti sur une période maximale de 10 jours suivant le retour au domicile.

5.4 LIVRAISON DE MÉDICAMENTS

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

Lorsqu'aucun proche n'est en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA se charge de les récupérer à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. La garantie est limitée à une livraison. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

6 - EN CAS D'ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT

6.1 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

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

IMA organise et prend en charge selon la situation :

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

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

7 - EN CAS DE DÉCÈS

7.1 AIDE À LA RECHERCHE D'UN PRESTATAIRE FUNÉRAIRE

IMA communique les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres en France pour aider les proches à organiser les obsèques.

7.2 ACCOMPAGNEMENT SUITE DÉCÈS

Afin d'aider les proches dans les différentes étapes du deuil, d'identifier avec eux les démarches à accomplir, de planifier et de prioriser les actions à mettre en œuvre, les travailleurs sociaux d'IMA apportent leur expertise, par téléphone du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Cette garantie est accordée dans la limite de 3 entretiens téléphoniques sur 90 jours, accompagnés d'un appel de suivi dans les 3 mois suivant le premier appel.

7.3 AIDE-MENAGÈRE

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

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

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

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

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

- Le déplacement d'un proche

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

- Le transfert des enfants

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

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

- La garde des enfants

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

7.5 CONDUITE À L'ÉCOLE

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 20 jours.

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

NOTICE GARANTIE ASSISTANCE

• GARANTIES D'ASSISTANCE 10/11 •

7.6 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

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

- Le déplacement d'un proche

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

- Le transfert des ascendants chez un proche

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

- La garde des ascendants

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

7.7 PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

IMA organise et prend en charge 20 jours de garde de l'animal chez un « pet sitter » réparties sur une période maximale de 20 jours.

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ».

Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

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

8 - GARANTIES LIÉES A L'EMPLOI

8.1 TRANSPORT SUR LE LIEU DE TRAVAIL (HORS ARRÊT DE TRAVAIL)

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

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA organise et prend en charge 10 trajets non médicalisés en taxi (domicile-travail ou travail-domicile) dans un rayon de 30 km.

Cette garantie s'applique une seule fois sur une période de 12 mois.

8.2 AIDE AU RETOUR À L'EMPLOI

En cas d'accident ou de maladie invalidante de l'adhérent ou de son conjoint rendant impossible l'exercice de l'emploi actuel, IMA propose une aide au retour à l'emploi.

Selon la situation, l'accompagnement porte sur les domaines suivants :

- Recueil de données et analyse de la situation professionnelle,
- Informations, orientations et conseils dans les démarches liées à l'évolution et au changement de la situation professionnelle, les acteurs et organismes compétents, préconisations relatives à l'aménagement du poste de conduite ou de travail, aide à la réflexion et à la décision...

Un suivi est réalisé par le biais de 6 entretiens téléphoniques avec un travailleur social et/ou un ergothérapeute, dans les 12 mois suivant l'évènement.

Si nécessaire, une aide à la recherche d'un nouvel emploi est proposée :

- Techniques de recherches d'emplois : comment rédiger un CV et une lettre de motivation, préparer une prospection téléphonique, préparer un entretien d'embauche.
- Prospection d'offres d'emploi : mise en ligne du CV du candidat sur le site internet d'un consultant en ressources humaines, accès aux offres Intranet de ce consultant.

Un suivi est réalisé par le biais de 6 entretiens individuels et 6 entretiens téléphoniques sur une durée de 8 mois et dans les 12 mois suivant l'évènement.

L'aide à la recherche d'un emploi ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par IMA auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relève.

En outre, la responsabilité d'IMA ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte par le bénéficiaire du ou des renseignement(s) communiqué(s).

8.3 AIDE A LA RECHERCHE D'UN EMPLOI DU CONJOINT

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent, IMA met en place un accompagnement individualisé dans la recherche d'un nouvel emploi.

NOTICE GARANTIE ASSISTANCE

• GARANTIES D'ASSISTANCE 11/11 •

Cette aide proposée par IMA comprend notamment la mise en ligne du CV, l'accès à des offres ciblées, le développement d'une démarche d'accompagnement individualisée.

Le suivi sera réalisé sur une période de 90 jours.

La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

8.4 AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint, IMA communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.

Le coût du déménagement reste à la charge de l'adhérent.

8.5 NETTOYAGE DU DOMICILE QUITTÉ

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge le nettoyage du domicile quitté dans la limite de 500 € sur une période de 30 jours suivant le déménagement.

La garantie doit être exécutée dans le mois suivant l'événement.

8.6 COACH RETRAITE

Afin d'aborder sereinement le départ à la retraite de l'adhérent ou de son conjoint, IMA propose :

- une aide au choix de la date de départ à la retraite,
- une évaluation des impacts sur la vie économique, sociale et familiale,
- une aide à la formulation d'un nouveau projet de vie,
- des préconisations personnalisées,
- et une aide dans les démarches,

La garantie est limitée à 6 entretiens téléphoniques avec un travailleur social sur une période de 12 mois.

NOTICE GARANTIE ASSISTANCE

• CONDITIONS D'APPLICATION 1/4 •

IMA intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :

05 49 76 97 64

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

FAITS GÉNÉRATEURS

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

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
 - d'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée,
 - de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit et entraînant une immobilisation au domicile,
 - de séjour prolongé à la maternité, de naissance multiple, de naissance grand prématuré ou de grossesse pathologique avec alitement,
 - de décès,
 - d'évènement traumatissant,
 - d'accident ou de maladie invalidante,
 - de mutation professionnelle,
- dans les conditions spécifiées à chaque article.

INTERVENTION

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

Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 2.2 à 2.8, 3, 4.2 à 4.9, 5.2 à 5.4, 7.4 à 7.7 doit être exercée au plus tard dans les 20 jours qui suivent :

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

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour la garantie aide-ménagère prévue aux articles 2.1, 4.1, 5.1 et 7.3, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'immobilisation au domicile, la sortie d'une hospitalisation ou le décès. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond

accordé et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement.

Illustration : en cas d'appel le 8^{ème} jour, la garantie est alors plafonnée à 2 jours.

Application des garanties

Les garanties d'assistance, dès lors qu'elles sont validées par IMA, s'appliquent sans délai de mise en oeuvre, sous réserve de la disponibilité des intervenants habilités.

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

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

L'urgence qui justifie l'intervention d'IMA 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.

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

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

Les garanties en cas de décès s'appliquent compte tenu des

NOTICE GARANTIE ASSISTANCE

• CONDITIONS D'APPLICATION 2/4 •

caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de décès et constatées lors de l'évènement.

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

Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte). Les garanties décès s'appliquent pour tout décès survenu tant en France qu'à l'étranger.

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

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

Pièces justificatives

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

EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES

INFRACTION

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

FAUSSE DÉCLARATION

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

FORCE MAJEURE

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

REFUS DU BÉNÉFICIAIRE

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

EXCLUSIONS

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

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatologiques et gériatriques,
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.

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

b) Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

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

Les décès consécutifs :

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

NOTICE GARANTIE ASSISTANCE

• CONDITIONS D'APPLICATION 3/4 •

supérieur au taux légal de tolérance) ;

- aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

VIE DU CONTRAT

DURÉE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité du contrat complémentaire Santé souscrit auprès de Klesia Mut' ou auprès de toutes mutuelles substituées à la Klesia Mut'.

RÉSILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat complémentaire Santé souscrit auprès de Klesia Mut' ou auprès de toutes mutuelles substituées à Klesia Mut' pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA.

SUBROGATION

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

PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court pas :

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

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

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

- La reconnaissance non équivoque par IMA du droit à garantie des bénéficiaires ;
- La demande en justice, même en référé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du code des

procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

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

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

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à Klesia Mut' à l'exception des données à caractère médical susceptibles d'être collectées.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant. L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA.

RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09 ou par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org.

NOTICE GARANTIE ASSISTANCE

• DÉFINITIONS •

Dans le cadre de la notice, les termes ci-après doivent être entendus avec les acceptations suivantes :

ACCIDENT CORPOREL

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

ADHÉRENT

Toute personne physique ou morale ayant souscrit un contrat complémentaire Santé auprès de Klesia Mut' soit directement, soit par l'intermédiaire d'une mutuelle partenaire de Klesia Mut'. Toute personne physique ou morale ayant souscrit un contrat complémentaire Santé auprès de toutes mutuelles substituées à la Klesia Mut'.

ANIMAUX DOMESTIQUES

- Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense),
- Chats,
- NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'Inde, gerbilles, écureuils de Corée).

BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

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

CENTRE DE CONVALESCENCE

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

CHIRURGIE AMBULATOIRE

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

DOMICILE

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

FRANCE

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

HOSPITALISATION

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

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

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

HOSPITALISATION PROGRAMMÉE

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.

IMMOBILISATION IMPRÉVUE

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

INTERVENTION CHIRURGICALE

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

MALADIE

En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue : Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

En cas d'hospitalisation programmée :

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

NOTICE ASSISTANCE RECOURS MEDICAL

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE DE PROTECTION JURIDIQUE

souscrit par KLESIA MUT'
auprès de
Matmut Protection Juridique

NOTICE D'INFORMATION

Protection Juridique KLESIA MUT' JURIS



Ayant reçu agrément par arrêté du 1^{er} octobre 1999
pour pratiquer les opérations correspondant à la branche 17
(protection juridique) mentionnée à l'article R.321-1
du Code des Assurances

Société anonyme au capital de 7 500 000 €
entièrement libéré
N° 423 499 391 RCS Rouen
Entreprise régie par le Code des Assurances

Adresse du Siège social :
66 rue de Sotteville
76100 Rouen



Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II
du Code de la Mutualité
Immatriculée au répertoire SIRENE
sous le N° SIREN 529 168 007

Adresse du Siège social :
4 rue Georges Picquart
75017 Paris

NOTICE ASSISTANCE RECOURS MEDICAL

DÉFINITIONS

- **Vous** : l'Assuré, c'est-à-dire l'adhérent de la Mutuelle KLESIA MUT' et, plus généralement, s'ils vivent sous le toit de sa résidence principale :
 - son conjoint,
 - leurs enfants mineurs,
 - leurs enfants majeurs, célibataires, sans ressources personnelles,
 - leurs ascendants,
 - les personnes dont l'assuré ou son conjoint a la tutelle ou la curatelle.
- **Conjoint** : les personnes :
 - mariées,
 - unies par un pacte civil de solidarité,
 - vivant sous le même toit de telle sorte qu'elles puissent être communément regardées comme formant un couple.
- **Tiers** : les personnes qui n'ont pas la qualité d'assuré au titre du contrat.
- **La Mutuelle** : KLESIA MUT'.
- **Nous** : Matmut *Protection Juridique*.
- **Sinistre** : litige ou différend concrétisé par le refus opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire.
- **Conflit d'intérêts** : toute situation dans laquelle notre garantie est également accordée à la personne dont les intérêts sont opposés aux vôtres.
- **Frais irrépétibles** : frais que toute partie engage personnellement afin de défendre ses intérêts en justice et susceptibles de faire l'objet d'une indemnisation par le juge au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375, 475-1 du Code de Procédure Pénale ou L.761-1 du Code de la Justice Administrative.
- **Dépens** : dépenses indispensables au procès et dont le montant fait l'objet d'une tarification par voie réglementaire ou par décision judiciaire. Ils sont limitativement énumérés à l'article 695 du Code de Procédure Civile et à l'article R. 761-1 du Code de Justice Administrative.

ARTICLE 1 - QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?

Il est destiné à vous permettre de bénéficier d'une garantie de Protection Juridique Recours médical dans les conditions visées à la présente NOTICE D'INFORMATION.

ARTICLE 2 - QUELS SONT LES LITIGES OU DIFFÉRENDS GARANTIS ?

La garantie de Protection Juridique Recours médical vous est acquise en cas de litige ou de différend vous opposant à un tiers et résultant d'un accident médical susceptible :

- de répondre à la qualification d'aléa thérapeutique,
- d'engager la responsabilité d'un hôpital, d'une clinique, du corps médical, paramédical ou pharmaceutique, et s'étant produit :
- durant la période où vous conservez la qualité d'assuré, et
- pendant la durée du contrat collectif d'assurance de Protection Juridique nous liant à la Mutuelle et
- en France métropolitaine et dans la Principauté de Monaco.

ARTICLE 3 - QUELS SONT LES SERVICES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ ?

Nous mettons à votre disposition :

- un service d'Assistance Juridique par téléphone qui répond aux questions d'ordre juridique que vous vous posez,

vous informe sur vos droits, vous apporte une aide afin de prendre une décision et de trouver une solution à vos problèmes,

- un service d'Assistance Juridique de proximité qui vous permet de rencontrer sur rendez-vous l'un de nos Assistants Juridiques, lorsqu'un examen approfondi des documents en votre possession et une consultation s'avèrent nécessaires,
- un service de Protection Juridique qui prend les mesures utiles afin de faire valoir vos droits à l'amiable et, au besoin, vous donne les moyens d'en poursuivre l'exercice en justice.

ARTICLE 4 - QUELS SONT LES LITIGES OU DIFFÉRENDS NON GARANTIS ?

Sont exclus les litiges ou différends :

- dont les éléments constitutifs étaient connus de vous antérieurement à votre adhésion à la Mutuelle,
- relatifs à la responsabilité médicale des entreprises d'assistance, de toute mutuelle et de tout établissement ou service soumis aux dispositions du Livre II et/ou III du Code de la Mutualité, et de leurs employés,
- ayant un intérêt financier inférieur à 150 € ou nécessitant une intervention devant les tribunaux lorsque la somme à récupérer, en principal, est inférieure à 760 €,
- relevant :
 - du Conseil d'État ou de la Cour de Cassation et ayant un intérêt financier inférieur à 3 000 €,
 - d'instances communautaires et/ou internationales.

ARTICLE 5 - QUE DEVEZ-VOUS FAIRE EN CAS DE LITIGE OU DE DIFFÉREND ?

Dès que vous avez connaissance d'un litige ou d'un différend, vous devez :

TÉLÉPHONER AU 02 35 03 41 83
(numéro non surtaxé)
du lundi au vendredi de 8h à 18h

Ce numéro correspond à un service de conseillers juridiques par téléphone qui répond aux questions d'ordre juridique que vous vous posez, vous informe sur vos droits et vos obligations.

Si nécessaire, il vous communique les coordonnées de l'Assistant Juridique que vous pouvez rencontrer et vous devez dans ce cas :

PRENDRE RENDEZ-VOUS
AVEC NOTRE ASSISTANT JURIDIQUE

Vous pouvez également :

FAIRE UNE DÉCLARATION PAR ÉCRIT

Cette déclaration doit être effectuée, au plus tard dans les 5 jours ouvrés courant à partir de la date à laquelle vous en avez eu connaissance, au Siège social de Matmut *Protection Juridique* ou auprès de l'Assistant Juridique rencontré lors de votre rendez-vous.

Vous devez :

- nous communiquer l'intégralité des renseignements et des pièces se rapportant au litige ou différend que vous souhaitez déclarer,
- nous faire connaître l'existence d'autres assurances portant sur le même risque.

NOTICE ASSISTANCE RECOURS MEDICAL

En cas de communication tardive, nous pouvons vous réclamer une indemnité proportionnelle au préjudice que ce manquement nous a causé.

Vous pouvez encourir la perte de votre droit à garantie, lorsque de mauvaise foi :

- vous avez fait de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances d'un litige ou différend,
- vous avez employé ou remis des documents que vous saviez mensongers ou frauduleux.

ARTICLE 6 - QUE FAISONS-NOUS EN CAS DE LITIGE OU DE DIFFÉREND GARANTI ?

Nous nous engageons à :

- réclamer l'indemnisation de votre préjudice.

Pour ce faire,

- nous vous fournissons les avis et services appropriés à la recherche d'une solution amiable.

Lorsqu'il doit être fait appel à un avocat ou à une personne qualifiée, vous avez toute liberté pour recourir aux services du professionnel de votre choix.

Vous disposez aussi de la possibilité de choisir votre avocat ou la personne qualifiée en cas de conflit d'intérêts.

Si votre adversaire est lui-même défendu par un avocat, vous êtes, dans les mêmes conditions, assisté ou représenté par l'avocat de votre choix,

- en cas d'échec de la procédure amiable et dans la mesure où votre position est défendable au regard des règles de droit applicables, nous participons, dans la limite du plafond et des montants indiqués en annexe, à la prise en charge des frais et honoraires de l'avocat ou de la personne qualifiée saisi(e) de la défense de vos intérêts.

Vous conservez durant toute la procédure la conduite de votre procès. Cependant, vous devez nous communiquer tous les éléments nous permettant d'apprécier préalablement le bien-fondé de ce procès et les voies de recours utilisées. Nous demeurons à votre disposition ou à celle de votre avocat pour vous apporter l'assistance juridique nécessaire,

- nous prenons en charge les frais correspondants dans les conditions précisées à l'article 7 ci-après.

Nous cessons notre intervention si l'adversaire est sans domicile connu ou insolvable.

Dans tous les cas, vous êtes tenu de respecter l'obligation de déclaration du sinistre prévue à l'article 5 ci-avant.

ARTICLE 7 - QUE PAYONS-NOUS EN CAS DE LITIGE OU DE DIFFÉREND GARANTI ?

Nous couvrons, dans la limite du plafond et des montants indiqués en annexe du présent contrat :

pour défendre et faire valoir vos droits à l'amiable :

- les frais relatifs aux avis et services que nous vous fournissons,
- les frais et honoraires de la personne qualifiée ou de l'avocat que vous avez choisi(e) en cas de conflit d'intérêts,
- les frais et honoraires de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu par un avocat.

pour défendre et faire valoir vos droits en justice :

- les frais et honoraires de l'avocat ou de la personne qualifiée en charge de vos intérêts,
- les frais de procédure,
- les sommes qui pourraient être mises à votre charge au titre des dépens et/ou des frais irrépétibles.

Ces frais et sommes sont pris en charge :

- si l'action en justice qui en est la cause a été décidée en accord avec nous ou a été admise par une décision d'arbitrage visée à l'article 10 ci-après,

- si vous avez passé outre à la solution que nous vous avons proposée ou à l'avis de l'arbitre pour le litige ou le différend qui est à leur origine et avez obtenu une décision de justice plus favorable à vos intérêts,
- en cas de conflit d'intérêts.

En revanche, ces frais, honoraires et sommes ne sont jamais pris en charge s'ils ont été engagés avant la déclaration du sinistre, sauf s'ils ont été rendus nécessaires par une mesure conservatoire d'urgence.

Les cautions pénales, les dommages et intérêts, les amendes, leurs accessoires et majorations ainsi que les frais de recouvrement auxquels vous pourriez être condamné, le droit de recouvrement ou d'encaissement à la charge du créancier prévu à l'article A.444-32 du Code de Commerce ne sont jamais pris en charge.

ARTICLE 8 - LA SUBROGATION

Toutes sommes obtenues en remboursement des frais et honoraires exposés pour le règlement du litige ou différend vous reviennent par priorité lorsque, à ce titre, des dépenses sont restées à votre charge. Elles sont versées dès règlement par la partie qui succombe.

Matmut Protection Juridique est subrogée dans vos droits, conformément aux articles L.121-12 et L.127-8 du Code des Assurances, dans les autres cas.

Si la subrogation ne peut plus s'exercer de votre fait, Matmut Protection Juridique est alors libérée de tout engagement.

ARTICLE 9 - LA PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat, qu'il s'agisse de sa validité ou de son exécution, est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance, dans les conditions déterminées par les articles L. 114-1, L. 114-2 et L. 114-3 du Code des Assurances.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assuré en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, 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'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription peut être interrompue :

- par l'une des causes ordinaires :
 - la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code Civil),
 - une demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou annulée par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code Civil),
 - un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil),
- ainsi que dans les cas suivants :
 - la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre,
 - l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par notre Société à vous-même en ce qui concerne le paiement des cotisations ou par vous-même à notre Société en ce qui concerne le règlement des frais, honoraires et sommes garantis.

Les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription biennale, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

NOTICE ASSISTANCE RECOURS MEDICAL

ARTICLE 10 - L'ARBITRAGE

En cas de désaccord entre vous et nous sur les mesures à prendre pour régler le sinistre, vous pouvez recourir à la procédure d'arbitrage prévue à l'article L. 127-4 du Code des Assurances.

Dans ce cas :

- un arbitre est désigné d'un commun accord entre vous et nous ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile statuant en la forme des référés,
- sauf décision contraire du Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés, les frais exposés pour la mise en œuvre de cette procédure sont à notre charge, dans la limite des montants indiqués en annexe.

Nous nous engageons à accepter les conclusions de l'arbitre.

ARTICLE 11 - LE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Information du client sur les modalités d'examen des réclamations conformément à la Recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution et sur la Médiation conformément au Titre I^{er} du Livre VI du Code de la Consommation (parties législative et réglementaire).

I. Définition

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ; une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

II. Traitement des réclamations

A. Recours hiérarchique et Service « Réclamations »

1. Recours hiérarchique

En cas de désaccord entre vous et nous, à l'occasion de la distribution, de la gestion du présent contrat ou du règlement d'un sinistre, vous devez tout d'abord vous adresser à l'Agence ou au Service qui est à l'origine de ce désaccord, afin que toutes les explications éventuellement nécessaires vous soient apportées.

Si vous maintenez votre contestation malgré ces explications, votre réclamation est soumise à la hiérarchie du décisionnaire, qui examine le bien fondé de votre requête.

2. Service « Réclamations »

Si le recours hiérarchique ne permet pas de mettre un terme à notre différend, vous avez la possibilité de saisir le Service « Réclamations » de notre Groupe, 66 rue de Sotteville 76030 Rouen Cedex 01.

3. Délais de réponse

À chaque stade de la procédure décrite ci-avant, un courrier vous est adressé dans les 10 jours ouvrés suivant la réception de votre réclamation. Il vous fait part de la position retenue ou, si votre demande nécessite une instruction complémentaire, vous avise du délai dans lequel notre décision vous sera communiquée.

Sauf circonstances particulières, nous nous engageons à vous répondre au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la réception de votre réclamation.

B. Médiation

1. Modalités de saisine

Si votre désaccord persiste après la réponse du service « Réclamations », vous pouvez saisir directement le Médiateur de l'Assurance en lui écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

ou en accédant à son site internet mediation-assurance.org (sur lequel vous pouvez obtenir toutes les informations relatives au dispositif mis en place par la Profession).

Le Médiateur de l'Assurance ne peut toutefois être saisi que pour les litiges portant sur l'application ou l'interprétation du contrat souscrit. Sont notamment exclus les litiges relatifs à notre politique commerciale, aux refus d'assurance ou à l'opportunité d'une résiliation.

Votre demande doit obligatoirement intervenir dans le délai d'un an à compter de la réception de la réponse du service « Réclamations » et ne faire l'objet à ce stade d'aucune action contentieuse.

Elle doit également comporter toutes les informations nécessaires à son traitement (notamment copie des courriers échangés dans le cadre du traitement de votre réclamation).

2. Délai de réponse

La solution proposée par le Médiateur intervient dans un délai de 90 jours à compter de l'avis attestant de la date de réception du dossier complet du litige, à moins que le Médiateur ne prolonge ce délai s'il estime que le litige est complexe.

3. Opposabilité

L'avis du Médiateur de l'Assurance ne nous lie, ni vous, ni nous, chacun conservant le droit de saisir les tribunaux.

ARTICLE 12 - AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DES ENTREPRISES D'ASSURANCE

L'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution
61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Les informations recueillies, destinées à la gestion de nos relations, font l'objet d'un traitement informatique par Matmut Protection Juridique et ses partenaires. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez vous y opposer et disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données auprès de Matmut Protection Juridique, 66 rue de Sotteville, 76100 Rouen. Afin de répondre à nos obligations légales, des traitements visant à lutter contre la fraude à l'assurance, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme sont également mis en œuvre.

NOTICE ASSISTANCE RECOURS MEDICAL

Honoraires et frais garantis 2018

Recours médical

Les plafonds et montants garantis sont applicables pour un même sinistre. Constitue un même sinistre, l'ensemble des demandes ou réclamations auquel il a été opposé un même refus.

A - Plafond de garantie : 20 000 €

B - Montants garantis (hors taxes)

1. Défense amiable des droits de l'assuré ⁽¹⁾ :

- Honoraires d'avocat (pour l'ensemble de l'intervention de l'avocat, y compris en cas de transaction)	374 €
- Expertise médicale	165 €
- Expertise immobilière	1 977 €
- Autre expertise matérielle	120 €

⁽¹⁾ Les frais de défense amiable engagés par l'assuré ne sont pris en charge qu'en cas de survenance d'un conflit d'intérêts tel que défini dans les Conditions Générales ou la notice d'information relatives à la garantie ou lorsque l'adversaire de l'assuré est lui-même défendu par un avocat.

2. Défense des droits de l'assuré en justice, médiation, arbitrage ou devant une commission :

Nature de l'intervention	Cours de Paris et de Versailles	Autres Cours
	HT	HT
Dépôt de plainte avec constitution de partie civile	445 € *	416 € *
Démarches au Parquet pour obtention de procès-verbaux	106 €	
Tribunal de Police	655 € *	634 € *
Tribunal Correctionnel	749 € *	716 € *
Chambre de l'Instruction	637 € *	617 € *
Procédure Criminelle - Assistance à instruction - Cour d'Assises : 1 ^{re} instance ou appel (par jour d'audience dans la limite de 5 jours)	515 €	486 €
	981 €	
CIVI	779 € *	745 € *
SARVI	276 € *	256 € *
Tribunal d'Instance	630 € *	604 € *
Tribunal de Grande Instance, Tribunal Administratif	779 € *	745 € *
Tribunal de Commerce	779 € *	745 € *
Juge de l'Exécution	445 € *	416 € *
Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et infections nosocomiales - Constitution du dossier et instruction - Assistance à liquidation	475 € 215 €	449 € 205 €
Autres commissions et juridictions	779 € *	745 € *
Référés : - Expertise et/ou provision - Autres référés (civil et administratif)	481 € * 616 € *	458 € * 586 € *
Présentation ou défense à requête	341 €	323 €
Incident devant le Juge ou le Conseiller de la Mise en État	407 €	389 €
Cour d'Appel - Référé Premier Président - Affaire au fond - Postulation	616 € * 779 € *	593 € * 745 € *
	684 €	
Cour de Cassation et Conseil d'État - Consultation - Mémoire	1 016 € 1 016 €	
Assistance à expertise (sur accord exprès de nos services)	515 €	486 €
Assistance à instruction (sur accord exprès de nos services)	515 €	486 €
Assistance à médiation	655 €	634 €
Expertise médicale	165 €	
Expertise immobilière	1 977 €	
Expertise comptable	994 €	
Autre expertise matérielle	120 €	
Arbitrage	779 €	745 €
Transaction intervenue en cours d'instance judiciaire : identique aux honoraires dus devant la juridiction compétente saisie		

* Cette somme est accordée pour l'ensemble de la procédure devant cette juridiction ou cette commission, y compris toute démarche – ou phase – préalable, obligatoire ou non. Elle concerne tous les honoraires et frais, notamment la préparation du dossier, la plaidoirie et les frais inhérents à la gestion du dossier.

A REMETTRE A VOTRE EMPLOYEUR

Je soussigné(e), _____

Reconnais avoir reçu la notice d'information décrivant les garanties frais de santé et d'assistance souscrites auprès de KLESIA Mut' par mon entreprise.

Je reconnais également avoir reçu les statuts de KLESIA Mut' ;

A : _____ le : _____

Signature :

