



Garanties Agir Santé France - Portugal 2018

Résidents au Portugal - Non CFE

Garanties Agir Santé

France - Portugal 2018 - Résidents au Portugal - Non CFE

PRESTATIONS	AGE LIMITE A L'ADHESION : 80 ANS				AGE LIMITE A L'ADHESION : 75 ANS			
	AGIR MELÃO		AGIR LIMÃO		AGIR MIRTILO		AGIR MORANGO	
	FRANCE	PORTUGAL	FRANCE	PORTUGAL	FRANCE	PORTUGAL	FRANCE	PORTUGAL
HOSPITALISATION - SECTEUR CONVENTIONNE en FRANCE - SECTEUR PUBLIC PORTUGAIS (hospitalisation d'urgence)								
Frais de séjour (1)	Frais réels		Frais réels		Frais réels		Frais réels	
Dépassements d'honoraires (ADC, ADA, ATM, ACO, ADI et ADE) (2) (9)	450 €/an		750 €/an		1000 €/an		1250 €/an	
Dépassements d'honoraires (ADC, ADA, ATM, ACO, ADI et ADE) (10)	140%	-	180%	-	200%	-	200%	-
Participation forfaitaire actes lourds (par acte)	18 €	-	18 €	-	18 €	-	18 €	-
Forfait hospitalier illimité	Frais réels		Frais réels		Frais réels		Frais réels	
Chambre particulière (limitée à 90 jours en France dont 30 jours en maison de repos, convalescence, rééducation, soins de suite et de réadaptation et à 30 jours au Portugal) (2)	50 €/nuitée		70 €/nuitée		90 €/nuitée		110 €/nuitée	
Lit accompagnant (enfant de moins de 16 ans) (limité à 90 jours) (2)	15 €/nuitée	-	20 €/nuitée	-	30 €/nuitée	-	40 €/nuitée	-
Location télévision par nuitée (limitée à 15 jours) (2)	Frais réels		Frais réels		Frais réels		Frais réels	
Transport remboursé par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	45 €/an	100%	60 €/an	100%	100 €/an	100%	150 €/an
ACTES MEDICAUX - SECTEUR CONVENTIONNE en France								
Consultations et visites généralistes (3) (9)	160%	20 €	200%	26 €	250%	32 €	300%	38 €
Consultations et visites généralistes (3) (10)	140%	-	180%	-	200%	-	200%	-
Consultations et visites spécialistes (3) (9)	160%	25 €	200%	31 €	250%	38 €	300%	45 €
Consultations et visites spécialistes (3) (10)	140%	-	180%	-	200%	-	200%	-
Consultations et visites de psychiatres, neuropsychiatres, neurologues et assimilés (4) (11)	100%	25 €	100%	25 €	100%	25 €	100%	25 €
Actes de chirurgie, techniques médicaux (9)	160%	120 €/an	200%	140 €/an	250%	200 €/an	300%	250 €/an
Actes de chirurgie, techniques médicaux (10)	140%	-	180%	-	200%	-	200%	-
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, d'obstétrique, d'anesthésie (9)	160%	120 €/an	200%	140 €/an	250%	200 €/an	300%	250 €/an
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, d'obstétrique, d'anesthésie (10)	140%	-	180%	-	200%	-	200%	-
Auxiliaires médicaux (5)	100%	5 €	100%	7 €	100%	9 €	100%	11 €
Analyses	100%	45 €/an	100%	60 €/an	100%	100 €/an	100%	150 €/an
PHARMACIE								
Vignettes 30%	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-
Vignettes 65%	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-
Vignettes 15%	100%	50 €/an	100%	70 €/an	100%	110 €/an	100%	160 €/an
Médicaments remboursés par le Service National de Santé portugais	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-
Vaccins remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-
SOINS DENTAIRES - SECTEUR CONVENTIONNE en France								
Soins dentaires, actes dentaires et parodontologie remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	140%	90 €/an	160%	110 €/an	180%	150 €/an	200%	200 €/an
DENTAIRE - SECTEUR CONVENTIONNE en France								
Les montants en € viennent en complément du remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie								
Prothèses dentaires (hors transitoires) remboursées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (6)	160%	120 €	200%	180 €	300%	300 €	400%	430 €
Prothèses transitoires remboursées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-
Réparations de prothèses remboursées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (7)	45 €	-	50 €	-	60 €	-	70 €	-
Inlay core (par inlay et par bénéficiaire)	60 €	-	70 €	-	100 €	-	130 €	-
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (8)	120 €	-	200 €	-	400 €	-	500 €	-
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (8)	160 €	-	200 €	-	300 €	-	400 €	-
Implantologie (par racine implantaire et par bénéficiaire)	160 €	-	200 €	-	300 €	-	400 €	-
Parodontologie non remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (2)	160 €	-	200 €	-	300 €	-	400 €	-
Blanchiment dentaire effectué chez un chirurgien dentiste (2)	30 €	-	40 €	-	50 €	-	60 €	-
Plafond annuel par bénéficiaire 1 ^{ère} année	600 €	-	700 €	-	800 €	-	1 000 €	-
Plafond annuel par bénéficiaire 2 ^{ème} année et suivantes	900 €	-	1 000 €	-	1 200 €	-	1 500 €	-
En France lorsque le plafond annuel est atteint, notre remboursement est limité au paiement du ticket modérateur. Au Portugal le plafond annuel évolue de la même manière qu'en France.	-	-	-	-	-	-	-	-
PROTHESES NON DENTAIRES								
Accessoires, orthopédie, petit et grand appareillage, prothèses auditives et autres prothèses remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	160%	500 €/an	200%	600 €/an	250%	700 €/an	300%	800 €/an
Plafond annuel par bénéficiaire 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année	500 €	-	600 €	-	700 €	-	800 €	-
Plafond annuel par bénéficiaire 3 ^{ème} année et suivantes	600 €	-	800 €	-	1 000 €	-	1 200 €	-
En France lorsque le plafond annuel est atteint, notre remboursement est limité au paiement du ticket modérateur. Au Portugal le plafond annuel évolue de la même manière qu'en France.	-	-	-	-	-	-	-	-

- (1) Au Portugal : limités à 30 jours par événement médical dans le secteur public portugais. Hospitalisation programmée - Gériatrie - Psychiatrie - Maisons d'accueil spécialisées - EHPAD - moyens et longs séjours - placements à l'année et temporaires exclus. (2) Par année d'adhésion et par bénéficiaire. (3) Au Portugal : notre remboursement s'entend par consultation, par année d'adhésion et par bénéficiaire et est limité à 8 consultations. (4) Au Portugal : notre remboursement s'entend par consultation, par année d'adhésion et par bénéficiaire et est limité à 5 consultations. (5) Au Portugal : notre remboursement s'entend par séance et/ou par acte avec un maximum de 20, par année d'adhésion et par bénéficiaire. (6) Au Portugal : par prothèse et par bénéficiaire. (7) Par réparation et par bénéficiaire. (8) Par semestre et par bénéficiaire. (9) En France : réalisés par des praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM / OPTAM-CO). (10) En France : réalisés par des praticiens non signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM / OPTAM-CO). (11) En France : réalisés par des praticiens signataires ou non du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM / OPTAM-CO).

Garanties Agir Santé

France - Portugal 2018 - Résidents au Portugal - Non CFE

PRESTATIONS	AGE LIMITE A L'ADHESION : 80 ANS				AGE LIMITE A L'ADHESION : 75 ANS			
	AGIR MELÃO		AGIR LIMÃO		AGIR MIRTILO		AGIR MORANGO	
	FRANCE	PORTUGAL	FRANCE	PORTUGAL	FRANCE	PORTUGAL	FRANCE	PORTUGAL
OPTIQUE								
Les montants en € viennent en complément du remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie								
Monture (hors solaire) remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	50 €		60 €		70 €		80 €	
Verres unifocaux (les 2) remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	150 €		190 €		260 €		350 €	
Si pas d'achat pendant 2 ans à compter de la date du dernier achat de l'équipement prescrit (les 2 verres)	+20 €		+30 €		+40 €		+40 €	
Verres multifocaux (les 2) remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	220 €		250 €		300 €		390 €	
Si pas d'achat pendant 2 ans à compter de la date du dernier achat de l'équipement prescrit (les 2 verres)	+50 €		+60 €		+80 €		+90 €	
Lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, lentilles de vue jetables	170 €		210 €		300 €		390 €	
Opération des yeux par laser (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	200 €		250 €		350 €		450 €	
Plafond annuel par bénéficiaire 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année	270 €		310 €		370 €		470 €	
Plafond annuel par bénéficiaire 3 ^{ème} année et suivantes	300 €		350 €		410 €		510 €	
Limitation à 1 équipement (monture + verres) par période de 2 ans à partir de la date d'achat, sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (limitation ramenée à 1 an). Tous les montants du poste optique (y compris le plafond annuel) sont limités à 75% de leur valeur pour les enfants de moins de 18 ans.								
CURE								
Cure thermique acceptée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	-	100%	-	100%	-	100%	-
Cure de thalassothérapie (sur facture acquittée et pour un séjour en métropole de 6 jours minimum)	-	-	80 €	-	120 €	-	160 €	-
BIEN-ETRE								
Acupuncture								
Ostéopathie								
Chiropractie								
Etiopathie								
Réflexologie								
Sophrologie	50 €/an		75 €/an		100 €/an		150 €/an	
Kinésiologie								
Homéopathie								
Naturopathie								
Aromathérapie								
Phytothérapie								
ACTES MEDICAUX FEMININS								
Amniocentèse non remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	50 €/an		75 €/an		100 €/an		150 €/an	
Procréation médicalement assistée								
Contraception (stérilet, pilules, patch)								
PREVENTION								
Vaccin antigrippal								
Vaccins prescrits mais non remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie								
Médicaments remboursables par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie mais non prescrits								
Bas de contention								
Analyses de laboratoire prescrites mais non remboursées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie								
Densitométrie osseuse								
Aide à l'arrêt du tabac (hors cigarettes électroniques)	50 €/an		75 €/an		100 €/an		150 €/an	
Pedicure - Podologie								
Préservatifs féminins et masculins (sur facture acquittée et preuve d'achat)								
Bilan diététique chez un médecin nutritionniste								
Bilan allergique								
Ergothérapie								
Bilan psychomoteur chez un psychomotricien								
Diagnostic et surveillance de l'hypertension								
Glucomètre								
ASSISTANCE A DOMICILE EN FRANCE					OUI (voir conditions)			
ASSISTANCE MOBILITE INTERNATIONALE					OUI (voir conditions)			
ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE AU PORTUGAL					OUI (voir conditions)			

Les pourcentages indiqués ci-dessus sont appliqués aux tarifs fixés (base de remboursement, tarif de convention) par le Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie. Les prestations ci-dessus incluent le remboursement du Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie (sauf pour certains montants exprimés en Euros) et sont limitées aux frais réels engagés. Les tickets modérateurs du Service National de Santé portugais sont pris en charge par la Mutuelle selon les limites prévues dans chaque garantie. Les délais d'attente, les limites par année d'adhésion et les conditions de souscription figurent au renvoi des garanties. Les garanties s'inscrivent dans le cadre des contrats dits «responsables» et «solidaires».

Renvoi des Garanties Agir Santé France - Portugal 2018 - Résidents au Portugal - Non CFE

Cette gamme s'adresse aux assurés retraités français qui ont décidé de s'installer fiscalement au Portugal. Pour leur couverture sociale ils bénéficient soit de l'Assurance Maladie française pour les soins reçus lors de leur séjour en France, soit du SNS (Service National de Santé portugais) au Portugal.

L'âge limite pour adhérer à cette gamme Santé est fixé à :

- 80 ans pour les garanties AGIR MELÃO et AGIR LIMÃO,
- 75 ans pour les garanties AGIR MIRTILLO et AGIR MORANGO.

Le changement de garantie ne peut s'effectuer qu'à la date anniversaire du contrat. Lors du changement de garantie, la durée d'adhésion à la garantie précédemment souscrite n'est pas prise en compte.

L'adhésion est souscrite pour une durée initiale de 1 an minimum. Elle se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

La résiliation ne peut intervenir qu'après 1 année minimum d'adhésion à la Mutuelle, allant de la date de prise d'effet jusqu'à la première échéance annuelle, située 12 mois ou plus après cette date d'adhésion, au 1^{er} janvier de chaque année, après respect d'un délai de préavis de 2 mois.

EN FRANCE

Pour tous les actes non conventionnés, notre prestation est limitée au paiement du ticket modérateur calculé sur le montant de la base de remboursement du secteur non conventionné.

AU PORTUGAL

L'hospitalisation programmée n'est pas garantie dans ce contrat.

Pour l'hospitalisation d'urgence et pour tous les soins dispensés au Portugal la Mutuelle intervient sur la base d'une demande de remboursement accompagnée des pièces originales suivantes : prescription médicale, facture détaillée et acquittée, notes d'honoraires de tout praticien et de tout établissement de santé, reçus délivrés par les pharmacies avec la prescription, reçus délivrés par les centres de santé et par les hôpitaux publics.

HOSPITALISATION

Le poste Hospitalisation s'applique pour un séjour comportant au moins 1 nuitée.

Pour les frais de séjours, prise en charge des dépassements en fonction des conventions en vigueur avec les cliniques et établissements hospitaliers conventionnés en France et dans le cadre du SNS au Portugal.

Pour les dépassements d'honoraires (France + Portugal), un montant ou un remboursement par an* et par bénéficiaire.

Pour les dépassements d'honoraires, dans le cas où le Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie ne transmet pas l'information précisant si le médecin a signé le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM/OPTAM-CO), la Mutuelle appliquera, par défaut, le remboursement prévu pour celui qui n'a pas signé. Dès réception de cette précision la Mutuelle procédera au paiement du complément dû selon la garantie souscrite.

Le forfait hospitalier en France est pris en charge dans sa totalité à sa valeur au 1^{er} janvier de l'année en cours lorsqu'il est facturé par des établissements de santé. Maisons d'accueil spécialisées - EHPAD - moyens et longs séjours - placements à l'année et temporaires exclus.

La chambre particulière (hors frais de location de télévision) est prise en charge, sous réserve de nuitée et en fonction des conventions en vigueur avec les cliniques et établissements hospitaliers conventionnés en France, pour une durée de 90 jours par an* et par bénéficiaire (dont 30 jours par an* et par bénéficiaire en maison de repos, convalescence, rééducation, soins de suite et de réadaptation) et dans le cadre du SNS au Portugal pour une durée de 30 jours par événement médical. **Gériatrie - Psychiatrie - Maisons d'accueil spécialisées - EHPAD - moyens et longs séjours - placements à l'année et temporaires exclus.**

La nuitée s'entend pour un séjour comportant au moins une nuit de 22h00 à 6h00.

En France, en cas de séjour en maison de repos, convalescence, rééducation, soins de suite et de réadaptation, les dépenses afférentes à la chambre particulière sont prises en charge selon les niveaux prévus dans chaque garantie dès lors que le séjour est immédiatement consécutif à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ou débute moins de 48h après le terme de l'hospitalisation.

Le lit de l'accompagnant en France est pris en charge pour une durée de 90 jours par an* et par bénéficiaire. Uniquement sur facture de l'hôpital ou de la clinique en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans. **Psychiatrie - Maisons d'accueil spécialisées exclus.**

Les frais de location de télévision (France + Portugal), lors d'une hospitalisation médicale, chirurgicale ou maternité, sont pris en charge, sur présentation d'une facture acquittée, pour une durée totale de 15 jours par an* et par bénéficiaire. **Gériatrie - Psychiatrie - Maisons d'accueil spécialisées - EHPAD - moyens et longs séjours - placements à l'année et temporaires exclus.**

En cas d'adhésion à une garantie AGIR sans présentation d'un certificat de radiation d'une autre complémentaire santé, il sera fait application d'un délai d'attente de **3 mois**, sauf en cas d'accident, et, en cas d'adhésion aux garanties AGIR Mirtilo et AGIR Morango ce délai d'attente passe à **9 mois**.

On entend par accident, l'intervention violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, non intentionnelle de la part d'un assuré, caractérisée par l'existence d'une lésion de ce dernier, survenant après la date de prise d'effet de la garantie.

La radiation doit dater de moins de 2 mois.

ACTES MÉDICAUX - FRANCE

Les visites avec déplacements non médicalement justifiées sont prises en charge à 100% du TC.

Pour les dépassements d'honoraires, dans le cas où le Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie ne transmet pas l'information précisant si le médecin a signé le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM/OPTAM-CO), la Mutuelle appliquera, par défaut, le remboursement prévu pour celui qui n'a pas signé. Dès réception de cette précision la Mutuelle procédera au paiement du complément dû selon la garantie souscrite.

DENTAIRE - FRANCE ET PORTUGAL

Au Portugal, pour les prothèses dentaires, un montant par bénéficiaire et par prothèse (couronne fixe, couronne sur implant, dent à tenon, plaque base métallique, intermédiaire de bridge et prothèse amovible) dans la limite du plafond annuel*. Notre participation s'effectue sur la base d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque prothèse.

En France, pour les prothèses dentaires et les prothèses transitoires remboursées, notre participation s'effectue sur la base d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque prothèse et dans la limite du plafond annuel*.

Pour les inlays core et les réparations de prothèses remboursés, un montant par bénéficiaire, par inlay core et par réparation dans la limite du plafond annuel*. En complément du montant remboursé par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, notre participation s'effectue sur la base d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque inlay core ou réparation.

Pour l'orthodontie remboursée ou non, un montant par semestre* (calculé et proratisé sur la base d'un SPR90) et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel*. En complément du montant remboursé par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ou en cas de non remboursement, notre participation s'effectue au regard d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation, la période de début et de fin et le prix du traitement.

Le remboursement de l'orthodontie, remboursée ou non, s'effectue à la fin de chaque semestre.

Pour l'implantologie, un montant par bénéficiaire et par racine implantaire dans la limite du plafond annuel*. Notre remboursement s'effectue sur la base d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque racine implantaire.

Pour la parodontologie non remboursée, un montant par an* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel*. Notre participation s'effectue au regard d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque acte.

Pour le blanchiment dentaire, un montant par an* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel* et sur présentation d'une facture acquittée d'un chirurgien dentiste.

En cas d'adhésion aux garanties AGIR Mirtilo et AGIR Morango sans présentation d'un certificat de radiation d'une autre complémentaire santé, il sera fait application d'un délai d'attente de **6 mois**. La radiation doit dater de moins de 2 mois.

Le plafond annuel* s'applique aux prothèses dentaires, aux prothèses transitoires, aux réparations de prothèses, aux inlays core, à l'orthodontie remboursée, à l'orthodontie non remboursée, à l'implantologie, à la parodontologie non remboursée et au blanchiment dentaire.

OPTIQUE - FRANCE ET PORTUGAL

Montants par an* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel*. Ces montants sont limités à 75% de leur valeur pour les enfants de moins de 18 ans.

Limitation à 1 équipement (monture + verres) par période de 2 ans à partir de la date d'achat, sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (limitation ramenée à 1 an).

La monture doit obligatoirement être achetée chez un opticien. La monture solaire n'est pas remboursée.

Pour les lentilles de vue jetables, la facture acquittée doit préciser leur nomenclature exacte et être accompagnée de la prescription médicale. Toutes les autres lentilles sont exclues de nos prestations. Les enfants de moins de 12 ans n'ont pas droit à la prestation « lentilles de vue jetables ».

En cas d'adhésion aux garanties AGIR Mirtilo et AGIR Morango sans présentation d'un certificat de radiation d'une autre complémentaire santé, il sera fait application d'un délai d'attente de **6 mois**. La radiation doit dater de moins de 2 mois.

BIEN-ÊTRE - FRANCE ET PORTUGAL

Les montants s'entendent par an* et par bénéficiaire, sur présentation d'une facture acquittée.

Les actes d'acupuncture, d'ostéopathie, de chiropractie et d'étiopathie doivent être effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales.

ACTES MÉDICAUX FÉMININS - FRANCE ET PORTUGAL

Les montants s'entendent par an* et par bénéficiaire. Les actes doivent être médicalement prescrits, sur présentation d'une facture acquittée. La contraception couvre les moyens suivants : le stérilet, les pilules, le patch.

PRÉVENTION - FRANCE ET PORTUGAL

Les montants s'entendent par an* et par bénéficiaire, sur présentation d'une facture acquittée.

Pour les médicaments remboursables par le Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie ou par le Service National de Santé portugais mais non prescrits, le pharmacien devra indiquer le taux de remboursement sur la facture acquittée.

Pour les vaccins et les analyses de laboratoire non remboursés par le Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie ou par le Service National de Santé portugais, la prescription médicale doit être jointe à la facture acquittée.

L'âge se calcule toujours par différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

Les prestations décrites dans le tableau des garanties et dans le renvoi des garanties incluent le remboursement du Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie (sauf pour certains montants exprimés en Euros) et sont limitées pour tous les risques aux frais réels engagés et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers par la Mutuelle. Les délais d'attente ne s'appliquent pas au ticket modérateur.

Cependant, dans le cadre de la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, la Mutuelle ne prend pas en charge :

- les participations forfaitaires à charge de l'assuré, définies à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale, pour l'ensemble des actes auxquels elles s'appliquent,
- la minoration du remboursement du Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie en l'absence de choix d'un médecin traitant ou lors d'une consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant (prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale),

- en cas de non respect du parcours de soins coordonnés, la fraction des dépassements d'honoraires correspondant aux dépassements autorisés pour les praticiens conventionnés (article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale) dans les limites conventionnelles en vigueur.

Par ailleurs, les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale relatif aux contrats responsables et les décrets pris pour son application (notamment les décrets 2005-1226 du 29/09/2005, 2007-1937 du 26/12/2007 et 2014-1374 du 18/11/2014).

Dans ce contexte, sont pris en charge par la Mutuelle, dans les limites et plafonds définis dans le tableau des garanties :

- les soins remboursés par le Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie tels que définis à l'article R.871-2 1° du Code de la Sécurité Sociale, sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur,
- les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au CAS ou à l'OPTAM/OPTAM-CO prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale dans la double limite de 100% du tarif opposable et du montant pris en charge pour les médecins adhérents au CAS ou à l'OPTAM/OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20% du tarif opposable,
- les équipements optique (verres et monture) dans le respect des minima et maxima définis par l'article R.871-2 3° du Code de la Sécurité Sociale.

***La limite annuelle pour toutes les prestations, s'entend par année d'adhésion** c'est-à-dire la période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée sur le bulletin d'adhésion ou de modification pour chaque bénéficiaire.

Gratuité de la cotisation pour le 3^{ème} et le 4^{ème} enfant. Le 5^{ème} enfant et les suivants sont payants. Pour la naissance du 1^{er} enfant, du 2^{ème}, du 5^{ème} et des suivants, les 3 premiers mois de cotisation du nouveau né sont offerts à condition qu'il soit inscrit à la Mutuelle dans les 3 mois qui suivent sa naissance.

Les garanties de cette gamme s'exercent en France et au Portugal.

Pour les prestations réalisées dans d'autres pays (actes, soins, séjours, honoraires, transports ou achats de produits,...), la Mutuelle intervient en complément d'une prise en charge effective du Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie au titre des « soins à l'étranger ». Dans ce cadre les frais de séjour en hospitalisation seront limités à 100% de la BR pendant 30 jours par an* et par bénéficiaire.

La Mutuelle n'intervient pas sur des prestations facturées à l'étranger (hors Portugal et exception faite des lentilles de vue jetables pour lesquelles la Mutuelle intervient à hauteur du montant défini au tableau des garanties et selon les conditions mentionnées au renvoi des garanties) qui ont pour objet la mise en application de forfaits ou de remboursements non soumis à prise en charge par le Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie.

Les cotisations sont prélevées sur un compte bancaire en France ou au Portugal.

Les prestations sont versées sur un compte bancaire en France ou au Portugal.

Les pourcentages indiqués dans le tableau des garanties sont appliqués aux tarifs fixés (base de remboursement = BR, tarif de convention = TC, tarif de responsabilité = TR, tarif forfaitaire de responsabilité = TFR) par le Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie en vigueur au 1er janvier de l'année en cours. Toute évolution des règles de remboursement du Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie (CCAM, tarification à l'activité, baisse de remboursement...) pourra entraîner des modifications de nos prestations.



NOTICE D'INFORMATION

ASSISTANCE MOBILITÉ INTERNATIONALE

Parce que la présence de votre mutuelle en toutes circonstances est essentielle pour vous assurer une plus grande sérénité, PLEYEL SANTÉ vous offre un service d'assistance renforcé et adapté à vos besoins. Les équipes sont à votre écoute, 24h/24 et 7j/7.

215 557 652 au Portugal
+351 215 557 652 dans les autres pays

• PRÉAMBULE •



La présente convention dénommée « Convention d'Assistance » passée entre PLEYEL SANTE et IMA ASSURANCES a pour objet de garantir une assistance médicale et matérielle en France, en Espagne et au Portugal aux assurés retraités français résidant au Portugal, bénéficiaires uniquement de la Sécurité Sociale française et/ou portugaise, souscripteurs d'une garantie « Mobilité Internationale » auprès de PLEYEL SANTE.

Les garanties d'assistance sont assurées par : **IMA ASSURANCES**, société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des Assurances dont le siège social est situé 118 avenue de Paris, CS 40000, 79033 Niort, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632.

Il est précisé que IMA ASSURANCES est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution ACPR – située 61 rue Taitbout, 75436 Paris (9^{ème}).

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE

« ASSISTANCE MOBILITÉ INTERNATIONALE »

DÉFINITIONS	P.04
1. DOMAINE D'APPLICATION	P.06
1.1 Bénéficiaires	P.06
1.2 Validité des garanties	P.06
1.3 Territorialité	P.06
1.4 Evènements générateurs	P.06
1.5 Conditions d'intervention	P.06
1.6 Subrogation	P.07
1.7 Prescription	P.08
1.8 Protection des données personnelles	P.08
1.9 Réclamation et médiation	P.10
2. GARANTIES D'ASSISTANCE	P.11
2.1 Assistance	P.11
2.1.01 Transport sanitaire	P.11
2.1.02 Transfert sanitaire	P.11
2.1.03 Rapatriement en cas d'isolement du bénéficiaire	P.11
2.1.04 Assistance psychologique	P.12
2.1.05 Envoi de médicaments	P.12
2.1.06 Prolongation de séjour pour raison médicale	P.12
2.1.07 Hospitalisation de plus de 10 jours	P.12
2.1.08 Décès d'un bénéficiaire	P.12
2.1.09 Retour anticipé en cas de décès ou de risque de décès imminent et inéluctable d'un membre de la famille	P.13
2.1.10 Bagages à main, animaux de compagnie	P.13
2.1.11 Assistance linguistique	P.13
2.1.12 Aide-ménagère	P.13
2.1.13 Auxiliaire de vie	P.13
2.2 Services accessibles hors événements générateurs	P.14
2.2.01 Conseils médicaux	P.14
2.2.02 Renseignements pratiques	P.14
2.2.03 Messages urgents	P.14
3. EXCLUSIONS	P.15

• DÉFINITIONS 1/2 •

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la Convention, entendus avec les acceptions 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 audit bénéficiaire.

ANIMAUX DE COMPAGNIE

Animaux dont l'espèce est depuis longtemps domestiquée (notamment chien ou chat), vivant au domicile du bénéficiaire.

BAGAGES À MAIN

Effets et objets personnels transportés par le bénéficiaire à l'occasion d'un déplacement, dans la limite de 50 kg, à l'exception de tout moyen de paiement, des denrées périssables, des bijoux et plus généralement de tout objet de valeur.

Sont assimilés aux bagages à main les cycles sans moteur (vélos, VTT...).

CAS DE FORCE MAJEURE

Événements exceptionnels imprévisibles, irrésistibles et extérieurs, auxquels on ne peut faire face et qui permettent une exonération de responsabilité.

CONJOINT

Époux/épouse, concubin(e) (personne vivant maritalement avec une autre à son domicile, sans être marié ou pacsé) ou partenaire dans le cadre d'un PACS (Pacte Civil de Solidarité).

DOMICILE

Domicile portugais déclaré au contrat.

FRAIS D'HÉBERGEMENT, FRAIS DE SÉJOUR

Frais de nuitée, y compris petit déjeuner, à l'hôtel.

FRAIS DE SECOURS ET DE RECHERCHE

Ensemble des moyens (humains et matériels) mis en œuvre dans le cadre d'une opération de sauvetage ou de recherches menées par les services de protection civile ou par les services compétents localement.

FRANCE

France métropolitaine et par assimilation la Principauté de Monaco et Andorre.

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION D'URGENCE

Hospitalisation nécessitant une intervention médicale immédiate ou rapide sans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel pourrait être engagé et décidée par une autorité médicale compétente.

• DÉFINITIONS 2/2 •

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la Convention, entendus avec les acceptions suivantes :

INFRACTION VOLONTAIRE

Tout acte pouvant être associé à son auteur, qui porte préjudice ou menace de danger l'intérêt de la société, et qui est passible d'une sanction pénale.

MALADIE

Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, n'ayant pas fait l'objet d'une hospitalisation continue ou d'une hospitalisation ambulatoire ou d'une hospitalisation de jour, dans la période de 6 mois précédant la demande d'assistance, dûment constatée par une autorité médicale compétente et dont la réalité sera vérifiée par les médecins d'IMA ASSURANCES.

MEMBRES DE LA FAMILLE

Conjoint de droit ou de fait (concubin, PACS...), ascendants ou descendants premier degré résidant en France ou au Portugal.

PAYS D'ORIGINE

France.

PLATEAU TECHNIQUE

Ensemble des moyens médicaux (établissements hospitaliers, praticiens, matériel chirurgical...) disponibles localement (pays ou ville).

PROCHE

Toute personne désignée par le bénéficiaire résidant en France ou au Portugal.

SOINS AMBULATOIRES

Tout acte d'exploration médicale ou de chirurgie (notamment actes réalisés sous anesthésie générale, hospitalisation de jour, salle de réveil, chimiothérapie, radiothérapie, dialyse) n'incluant pas au moins une nuit à l'hôpital.

SOINS EXTERNES

Toutes consultations, tous examens complémentaires, actes de kinésithérapie ou de pansement, les soins dentaires ou d'optiques réalisés en cabinet ou en établissement hospitalier public ou privé, ne justifiant d'aucune mesure de surveillance spécifique et n'incluant pas au moins une nuit à l'hôpital.

TRANSPORT SANITAIRE

Opération qui consiste à transporter un malade ou un blessé dont l'état justifie le recours à un transport adapté et assisté. Celui-ci est conditionné à l'état du patient, évalué par les médecins d'IMA ASSURANCES qui décident de prescrire ou non ce transport sanitaire et en déterminent les modalités.

TRANSFERT SANITAIRE

Opération qui consiste à amener, sans notion d'urgence, un malade ou blessé dans une ville ou un pays voisin afin d'effectuer des examens ou des actes non réalisables dans son lieu de résidence.

• DOMAINE D'APPLICATION 1/5 •

1.1 BÉNÉFICIAIRES

La convention s'applique aux adhérents de PLEYEL SANTE, retraités français résidant au Portugal bénéficiaires uniquement de la Sécurité sociale française et/ou portugaise, détenteurs de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM), et souscripteurs d'une garantie « Mobilité Internationale », ainsi qu'à leur conjoint et à leurs enfants de moins de 16 ans ou à charge fiscalement qui l'accompagnent.

Toute modification de la situation de famille des bénéficiaires pendant la durée du contrat doit être précisée dans les meilleurs délais à IMA ASSURANCES.

1.2 VALIDITÉ DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent durant la durée de souscription de la garantie « Mobilité Internationale ».

1.3 TERRITORIALITÉ

Les garanties s'appliquent en France, en Espagne et au Portugal.

1.4 ÉVÉNEMENTS GÉNÉRATEURS

Les garanties s'appliquent à la suite d'événements, tels que définis ci-après :

- Accident corporel, maladie ou décès d'un bénéficiaire,
- Décès d'un membre de la famille.

1.5 CONDITIONS D'INTERVENTION

Modalités de contact du service d'assistance

En cas de situation en lien avec une urgence médicale, les bénéficiaires doivent composer, au Portugal, le

112

En cas d'hospitalisation et/ou en cas de difficulté, les bénéficiaires peuvent appeler IMA ASSURANCES, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, au numéro suivant :

215 557 652 depuis le Portugal
+ 351 215 557 652 depuis les autres pays

Les appels d'assistance doivent être effectués préalablement à toute initiative, sauf cas de force majeure.

Les bénéficiaires peuvent également saisir IMA ASSURANCES par mail, à l'adresse suivante :

assistencia@imaiberica.com

Lors du premier contact, le bénéficiaire doit communiquer son identité, sa localisation et le numéro de téléphone auquel il peut être joint. Il expose très brièvement les difficultés qui motivent sa demande. En cas de problème médical, il communique le numéro de téléphone du médecin présent sur place ou de l'établissement hospitalier ainsi que les heures possibles d'appel.

• DOMAINE D'APPLICATION 2/5 •

Conditions de mise en œuvre des garanties

a) Les garanties s'appliquent en tenant compte des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de l'événement générateur et constatées lors de celui-ci.

- **La responsabilité d'IMA ASSURANCES ne saurait être recherchée en cas de manquement aux obligations de la présente convention, si celui-ci résulte de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.**

- **De la même façon, la responsabilité d'IMA ASSURANCES ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par IMA ASSURANCES.**

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

- **En outre, IMA ASSURANCES 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 surveil-**

lance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

b) Les garanties sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ; les frais engagés directement par le bénéficiaire peuvent être pris en charge par IMA ASSURANCES sous réserve d'un accord préalable de ce dernier.

c) Dans l'hypothèse d'une avance des frais par IMA ASSURANCES, si le bénéficiaire d'un transport sanitaire ou d'un rapatriement dispose d'un titre de transport remboursable en cas de non utilisation, il doit faire les démarches nécessaires en vue de son remboursement et en reverser le montant à IMA ASSURANCES.

d) Les garanties, non prévues dans la Convention, que IMA ASSURANCES accepterait de mettre en œuvre à la demande d'un bénéficiaire seront considérées comme une avance de fonds remboursable par le bénéficiaire de la garantie dans un délai d'un mois à compter de son retour à son domicile.

1.6 SUBROGATION

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

1.7 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 :

- 1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES 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 ASSURANCES a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance non équivoque par IMA ASSURANCES du droit à garantie des bénéficiaires ;
- La demande en justice, même en référé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en

paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

Toutes actions dérivant de la présente annexe sont prescrites pour deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

1.8 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Pleyel Santé, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN : 784451569, collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assistance :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat ;
- des données relatives à la situation familiale ;
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres ;
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices ;
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés ;
- des données médicales pour lesquelles l'assuré a donné son consentement lors de la souscription du contrat.

• DOMAINE D'APPLICATION 4/5 •

Ces données sont utilisées par Pleyel Santé pour la stricte exécution des services et notamment pour :

- la passation des contrats ;
- la gestion des contrats ;
- l'exécution des contrats ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- les opérations relatives à la gestion de ses clients et notamment le suivi de la relation client (ex : passation d'enquête de satisfaction) ;
- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption ;
- la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Ces données peuvent être transmises aux intermédiaires d'assurance et prestataires de Pleyel Santé chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires de Pleyel Santé chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier à IMA ASSURANCES ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance. Elles sont susceptibles d'être transmises hors de l'Union Européenne en cas d'événement générateur survenant hors de cette territorialité. Elles peuvent être accessibles ou transmises à des sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA ASSURANCES de communiquer les informations médicales susceptibles d'être collectées à tout professionnel devant

en connaître pour accomplir la mission qui lui est confiée par IMA ASSURANCES. Dans ces conditions, les bénéficiaires reconnaissent libérer les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre des garanties de leur obligation de secret professionnel sur les informations médicales.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par IMA ASSURANCES pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation assurantielle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer son consentement au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données de Pleyel Santé : 187 Boulevard Anatole France, 93200 Saint Denis. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier de la couverture d'assurance.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès d'IMA ASSURANCES, aux coordonnées suivantes : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 Niort – dpo@ima.eu. / Pleyel Santé : 187 Boulevard Anatole France, 93200 Saint Denis – mutuelle@pleyel-sante.fr

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle en matière de protection des

données personnelles compétente s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

1.9 RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties, le bénéficiaire peut contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 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 mail à l'adresse suivante :

www.mediation-assurance.org

ou par courrier à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

• GARANTIES D'ASSISTANCE 1/4 •

2.1 ASSISTANCE

2.1.01 TRANSPORT SANITAIRE

En cas de maladie ou d'accident corporel, lorsque les médecins d'IMA ASSURANCES, après avis des médecins consultés localement, et si nécessaire du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident d'un transport sanitaire et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport du bénéficiaire vers la structure médicale la plus proche susceptible de dispenser les soins appropriés.

Si un rapatriement en France est jugé nécessaire par les médecins d'IMA ASSURANCES, celui-ci s'effectue jusqu'à la structure hospitalière susceptible de dispenser les soins appropriés, déterminée par les médecins d'IMA ASSURANCES.

A la fin des soins et lorsque l'état médical le permet, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le retour du bénéficiaire vers son domicile.

Si des déplacements itératifs (soins spécifiques ou consultations) sont nécessaires dans les suites d'un transport sanitaire organisé par IMA ASSURANCES, ceux-ci ne sont pas du ressort de l'assistance.

En cas de transport sanitaire d'un bénéficiaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport d'un accompagnant, lui-même bénéficiaire, par le moyen le plus approprié.

Si l'accompagnant est le conjoint du bénéficiaire, IMA ASSURANCES, dans les cas visés ci-dessus, organise et prend en charge également le transport et l'hébergement

des enfants âgés de moins de 16 ans qui resteraient seuls.

Si IMA ASSURANCES a organisé le transport aller d'un accompagnant, IMA ASSURANCES organisera et prendra en charge son retour.

2.1.02 TRANSFERT SANITAIRE

IMA ASSURANCE organise, par le moyen le plus adapté, le transfert sanitaire du bénéficiaire, pour des actes non réalisables sur place, et prend en charge son coût, ceci après validation par les médecins d'IMA ASSURANCES, en accord avec les médecins traitants locaux.

Si les médecins d'IMA ASSURANCES estiment que la présence d'un accompagnant, lui-même bénéficiaire, est médicalement nécessaire, IMA ASSURANCES prend en charge son transport.

Si IMA ASSURANCES a organisé le transport aller, IMA ASSURANCES organisera et prendra en charge le transport retour.

2.1.03 RAPATRIEMENT EN CAS D'ISOLEMENT DU BÉNÉFICIAIRE

En cas d'hospitalisation d'urgence hors de France d'un bénéficiaire isolé de tout proche dans son pays de domicile, si les médecins d'IMA ASSURANCES estiment que son état de santé est compatible avec un transport sanitaire et qu'il nécessite de le rapprocher de sa famille restée en France, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport sanitaire du bénéficiaire vers la France pour y être hospitalisé sur le lieu de résidence de sa famille.

La mise en œuvre de cette garantie n'est pas cumulable avec les garanties 2.1.06 « Prolon-

• GARANTIES D'ASSISTANCE 2/4 •

gation de séjour pour raison médicale » et 2.1.07 «Hospitalisation de plus de 10 jours».

2.1.04 ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas d'événement grave et/ou traumatisant, sur simple appel et au profit du bénéficiaire appelant, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, selon les cas :

- de 1 à 3 entretiens téléphoniques individuels avec un psychologue clinicien

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la survenance de l'événement.

2.1.05 ENVOI DE MÉDICAMENTS

En cas de nécessité, IMA ASSURANCES recherche, les médicaments prescrits ou leurs équivalents indispensables à sa santé. A défaut de pouvoir se les procurer sur place, et dans la mesure où le délai d'acheminement est compatible avec la nature du problème, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'expédition de ces médicaments.

De même, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, lorsque nécessaire, l'expédition au bénéficiaire de lunettes, lentilles de contact, appareillages médicaux et prothèses.

Le coût de ces médicaments et matériels reste à la charge du bénéficiaire, IMA ASSURANCES pouvant en avancer le montant si nécessaire.

2.1.06 PROLONGATION DE SÉJOUR POUR RAISON MÉDICALE

Lorsque des soins ont été dispensés à un bénéficiaire et qu'il n'est pas jugé transpor-

table vers son domicile par les médecins d'IMA ASSURANCES, alors que son état médical ne nécessite pas une hospitalisation, IMA ASSURANCES participe à ses frais d'hébergement, et à ceux de l'accompagnant, lui-même bénéficiaire, dans la limite de 100 €/nuitée pour une durée maximale de 7 nuitées.

2.1.07 HOSPITALISATION DE PLUS DE 10 JOURS

IMA ASSURANCES met à la disposition d'un membre de la famille ou d'un proche un billet aller/retour de train 1ère classe ou d'avion classe touriste, pour se rendre au chevet du malade ou du blessé bénéficiaire isolé de tout membre de sa famille, qui doit rester hospitalisé pendant plus de 10 jours alors que son état empêche ou ne justifie pas un transport sanitaire.

IMA ASSURANCES participe également aux frais d'hébergement de la personne transportée dans la limite de 7 nuitées et 100 €/nuitée.

2.1.08 DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu de l'inhumation en France ou dans le pays de domicile. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante.

En cas de nécessité d'incinération sur place, les frais inhérents à cette incinération et au transport des cendres, dans une urne conforme à la législation et de qualité courante, sont pris en charge par IMA ASSURANCES.

• GARANTIES D'ASSISTANCE 3/4 •

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération en France ou dans le pays de domicile du bénéficiaire, restent à la charge de la famille.

2.1.09 RETOUR ANTICIPÉ EN CAS DE DÉCÈS OU DE RISQUE DE DÉCÈS IMMINENT ET INÉLUCTABLE D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

En cas de décès ou de risque de décès imminent et inéluctable d'un membre de la famille en France ou dans le pays de domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- en cas de décès : le déplacement des bénéficiaires pour se rendre sur le lieu d'inhumation ou d'obsèques en France ou dans le pays de domicile.
- en cas de risque de décès, jugé imminent et inéluctable par les médecins d'IMA ASSURANCES et après échange avec les médecins traitants : le déplacement d'un bénéficiaire au chevet du patient en France ou dans le pays de domicile.

En cas de déplacement vers la France, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le retour des bénéficiaires vers leur domicile.

2.1.10 BAGAGES À MAIN, ANIMAUX DE COMPAGNIE

A l'occasion du rapatriement de l'ensemble des bénéficiaires, les animaux de compagnie et les bagages à main, dans la limite de 50 kilos par bénéficiaire, sont rapatriés aux frais d'IMA ASSURANCES.

2.1.11 ASSISTANCE LINGUISTIQUE

Le bénéficiaire, confronté à de graves difficultés de communication dans la langue du pays où il se trouve, peut solliciter IMA ASSURANCES qui s'efforcera de l'aider, selon la disponibilité de ses linguistes.

2.1.12 AIDE-MÉNAGÈRE

En cas :

- *d'une hospitalisation de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,*
- **Ou** *d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint,*
- **Ou** *de décès d'un bénéficiaire,*

IMA ASSURANCES 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 ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 24 heures à raison de 2 heures maximum par jour, réparties sur une période maximale de 30 jours.

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

2.1.13 AUXILIAIRE DE VIE

En cas :

- *d'une hospitalisation de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,*
- **Ou** *d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint,*
- **Ou** *de décès d'un bénéficiaire,*

• GARANTIES D'ASSISTANCE 4/4 •

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un(e) auxiliaire de vie, qui a pour mission d'aider à la réalisation des tâches quotidiennes telles que l'habillage, l'hygiène et l'aide aux repas. Elle intervient dès le retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 24 heures à raison de 2 heures maximum par jour, réparties sur une période maximale de 30 jours.

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

2.2 SERVICES ACCESSIBLES HORS ÉVÉNEMENTS GÉNÉRATEURS

2.2.01 CONSEILS MÉDICAUX

Des conseils médicaux sont donnés aux bénéficiaires par les médecins d'IMA ASSURANCES :

- lors de la préparation de leur voyage (attitudes préventives, vaccinations obligatoires et/ou conseillées),
- pendant leur séjour (choix d'établissement hospitalier, ...),
- et à leur retour de voyage, pour tout événement médical survenant dans les suites immédiates de ce retour.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales.

2.2.02 RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

Des renseignements pratiques, de caractère général et relatifs à l'organisation des voyages (formalités administratives, liaisons téléphoniques, caractéristiques économiques et climatiques...) sont communiqués aux bénéficiaires sur leur demande.

2.2.03 MESSAGES URGENTS

IMA ASSURANCES se charge de transmettre des messages urgents en rapport avec un événement grave. IMA ASSURANCES ne peut être tenu responsable du contenu de ces messages.

• EXCLUSIONS 1/1 •

Ne sont en aucun cas pris en charge par IMA ASSURANCES :

- L'avance des frais médicaux,
- Les frais de repas autres que le petit déjeuner, ainsi que les frais de téléphone et de bar en cas d'hébergement pris en charge par IMA ASSURANCES au titre des garanties,
- Les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur, etc.),
- Les frais de transports primaires, c'est-dire les transports sanitaires d'urgence relevant d'une organisation décidée par la puissance publique locale,
- Les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé ainsi que les déplacements pour greffe d'organe,
- L'assistance liée au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuels,
- L'assistance en lien avec les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques en dehors de toute intervention à la suite de blessure, malformation ou lésion liées à des maladies,
- Les conséquences d'infractions volontaires à la législation locale en vigueur,
- Les frais engagés par le bénéficiaire de sa propre initiative, sans l'accord préalable d'IMA ASSURANCES, sauf cas de force majeure,
- Les événements, et leurs conséquences, survenus lors de la pratique de sports à titre professionnel ou dans le cadre d'une compétition,
- L'achat ou la location d'appareils de climatisation, d'humidificateurs, d'appareils à aérosol et des appareils pour exercices physiques,
- Les dépenses occasionnées par les proches ou les membres de la famille du bénéficiaire pendant sa période d'hospitalisation,
- Les rapatriements en rapport avec un état antérieur ayant justifié un premier rapatriement organisé par IMA ASSURANCES,
- Les frais qui résultent de soins ou de traitements dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par les autorités sanitaires françaises et qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale française,
- Les frais de séjour en maison de repos, et en centres de rééducation ou maisons de convalescence,
- Les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie.



PLEYEL SANTÉ Assistance intervient 24h/24
à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant

215 557 652 au Portugal
+ 351 215 557 652 dans les autres pays