



# Garanties Agir Santé France - Maroc 2018 Résidents au Maroc

# Garanties Agir Santé

## Gamme France - Maroc 2018 - Résidents au Maroc

PRESTATIONS	AGE LIMITE A L'ADHESION : 80 ANS				AGE LIMITE A L'ADHESION : 75 ANS			
	AGIR HARMONIE'R		AGIR CONFORT'R		AGIR SERENITE'R		AGIR PLENTUDE'R	
	FRANCE	MAROC	FRANCE	MAROC	FRANCE	MAROC	FRANCE	MAROC
<b>HOSPITALISATION - SECTEUR CONVENTIONNE en France - RESEAU IMA au MAROC</b>								
Frais de séjour (1)	Frais réels		Frais réels		Frais réels		Frais réels	
Dépassements d'honoraires (ADC, ADA, ATM, ACO, ADI et ADE) (2) (7)	450 €/an		750 €/an		1250 €/an		1750 €/an	
Dépassements d'honoraires (ADC, ADA, ATM, ACO, ADI et ADE) (8)	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 Maroc) (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%		100%		100%		100%	
<b>ACTES MEDICAUX - SECTEUR CONVENTIONNE en France</b>								
Consultations et visites généralistes (7)	160%	140%	200%	180%	250%	200%	300%	225%
Consultations et visites généralistes (8)	140%	-	180%	180%	200%	200%	200%	225%
Consultations et visites spécialistes (7)	160%	140%	200%	180%	250%	200%	300%	225%
Consultations et visites spécialistes (8)	140%	-	180%	180%	200%	200%	200%	225%
Consultations et visites de psychiatres, neuropsychiatres, neurologues et assimilés (3) (9)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Actes de chirurgie, techniques médicaux (7)	160%	140%	200%	180%	250%	200%	300%	225%
Actes de chirurgie, techniques médicaux (8)	140%	-	180%	180%	200%	200%	200%	225%
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, d'obstétrique, d'anesthésie (7)	160%	140%	200%	180%	250%	200%	300%	225%
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, d'obstétrique, d'anesthésie (8)	140%	-	180%	180%	200%	200%	200%	225%
Auxiliaires médicaux	100%		100%		100%		100%	
Analyses	100%		100%		100%		100%	
<b>PHARMACIE</b>								
Vignettes 30%	100%		100%		100%		100%	
Vignettes 65%	100%		100%		100%		100%	
Vignettes 15%	100%		100%		100%		100%	
Vignettes 70% au Maroc	100%		100%		100%		100%	
Vaccins remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%		100%		100%		100%	
<b>SOINS DENTAIRES - SECTEUR CONVENTIONNE en FRANCE</b>								
Soins dentaires, actes dentaires et parodontologie remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	140%		160%		180%		200%	
<b>DENTAIRE - SECTEUR CONVENTIONNE en FRANCE</b>								
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 (4)	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 (5)	45 €		50 €		60 €		70 €	
Inlay core (par inlay et par bénéficiaire)	60 €		70 €		100 €		130 €	
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (6)	120 €		200 €		400 €		500 €	
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (6)	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 <sup>ère</sup> année	600 €		700 €		800 €		1 000 €	
Plafond annuel par bénéficiaire 2 <sup>ème</sup> 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 Maroc le plafond annuel évolue de la même manière qu'en France.	-		-		-		-	
<b>PROTHESES NON DENTAIRES</b>								
Accessoires, orthopédie, petit et grand appareillage, prothèses auditives et autres prothèses remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	160%		200%		250%		300%	
Plafond annuel par bénéficiaire 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année	500 €		600 €		700 €		800 €	
Plafond annuel par bénéficiaire 3 <sup>ème</sup> 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 Maroc le plafond annuel évolue de la même manière qu'en France.	-		-		-		-	

(1) Au Maroc : limités à 30 jours par événement médical dans le réseau IMA. 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 Maroc : notre remboursement est limité à 12 consultations par année d'adhésion et par bénéficiaire.

(4) Au Maroc : par prothèse et par bénéficiaire. (5) Par réparation et par bénéficiaire. (6) Par semestre et par bénéficiaire.

(7) 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).

(8) 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).

(9) 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

## Gamme France - Maroc 2018 - RÉSIDENTS AU MAROC

PRESTATIONS	AGE LIMITE A L'ADHESION : 80 ANS				AGE LIMITE A L'ADHESION : 75 ANS			
	AGIR HARMONIE'R		AGIR CONFORT'R		AGIR SERENITE'R		AGIR PLENITUDE'R	
	FRANCE	MAROC	FRANCE	MAROC	FRANCE	MAROC	FRANCE	MAROC
<b>OPTIQUE</b>								
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 €/an		210 €/an		300 €/an		390 €/an	
Opération des yeux par laser (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	200 €/an		250 €/an		350 €/an		450 €/an	
Plafond annuel par bénéficiaire 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année	270 €		310 €		370 €		470 €	
Plafond annuel par bénéficiaire 3 <sup>ème</sup> 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.								
<b>CURE</b>								
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 €/an	-	120 €/an	-	160 €/an	-
<b>BIEN-ETRE</b>								
Acupuncture								
Ostéopathie								
Chiropractie								
Etiopathie								
Réflexologie								
Sophrologie	50 €/an		75 €/an		100 €/an		150 €/an	
Kinésiologie								
Homéopathie								
Naturopathie								
Aromathérapie								
Phytothérapie								
<b>ACTES MEDICAUX FEMININS</b>								
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)								
<b>PREVENTION</b>								
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)								
Pedicurie - Podologie	50 €/an		75 €/an		100 €/an		150 €/an	
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								
<b>ASSISTANCE A DOMICILE EN FRANCE</b>					<b>OUI (voir conditions)</b>			
<b>ASSISTANCE MOBILITE INTERNATIONALE</b>					<b>OUI (voir conditions)</b>			

Les pourcentages indiqués ci-dessus sont appliqués aux tarifs fixés (base de remboursement, tarif de convention) par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie. Les prestations ci-dessus incluent le remboursement des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie (sauf pour certains montants exprimés en Euros) et sont limitées aux frais réels engagés. Les délais d'attentes, 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 - Maroc 2018 - Résidents au Maroc

Cette gamme s'adresse aux assurés retraités français qui ont décidé de s'installer fiscalement au Maroc, avec une durée continue ou discontinuée de leurs séjours au Maroc dépassant 183 jours pour toute période de 365 jours.

Pour leur couverture sociale ils bénéficient soit des services du Centre National des Retraités Français de l'Étranger (CNAREFE) pour les soins reçus lors de leur séjour temporaire en France, soit de la CNSS (Caisse Nationale de Sécurité Sociale) au Maroc ou soit de la CFE (Caisse des Français de l'Étranger), ci-après dénommés Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie.

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

- 80 ans pour les garanties HARMONIE'R et CONFORT'R,
- 75 ans pour les garanties SERENITE'R et PLENITUDE'R.

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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 MAROC

Lors d'une hospitalisation programmée l'appel préalable à IMA est la règle (si possible 10 jours avant la date prévue de l'hospitalisation), soit par l'établissement hospitalier agréé, soit par l'adhérent lui-même ou par toute personne disposée à lui porter aide et assistance. Dans ce dernier cas, IMA l'informe des établissements dans lesquels les soins feront l'objet d'un règlement direct par IMA.

Si l'adhérent est assuré à la CFE, l'intégralité des soins est prise en charge par IMA, dans la limite de la garantie souscrite. Dans ce cadre, à réception du devis, une prise en charge sera délivrée à l'établissement, conformément aux dispositions contractuelles négociées avec ce dernier.

Si l'adhérent est couvert par la CNSS, cette dernière émet un devis. Sur la base de ce devis, IMA intervient en complément, dans la limite de la garantie souscrite. Le montant dû par la CNSS est versé directement à l'établissement hospitalier.

En cas d'urgence avérée, confirmée par les médecins d'IMA, une prise en charge hors du réseau IMA pourra être effectuée, et un transfert éventuellement organisé. Hors urgence aucune prise en charge ne sera délivrée par IMA hors du réseau IMA.

Le tiers payant hospitalier est assuré par IMA, dans son réseau, pour une durée d'hospitalisation n'excédant pas 30 jours par événement médical. Au-delà, le séjour devra être réglé par l'adhérent. Si ce dernier est assuré à la CFE, il pourra présenter à cet organisme ses justificatifs de paiement pour remboursement.

Pour les soins dispensés au Maroc et en France, la Mutuelle intervient sur la base d'une demande de remboursement accompagnée des pièces originales suivantes : décomptes des prestations des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie, 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.

## HOSPITALISATION

Le poste Hospitalisation s'applique pour un séjour comportant au moins 1 nuitée et lié à l'aggravation brutale, ou l'apparition, d'une pathologie médicale ou encore en lien avec la nécessité d'une intervention chirurgicale.

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 ou dans le cadre du réseau IMA au Maroc.

Pour les dépassements d'honoraires (France + Maroc), 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<sup>er</sup> janvier de l'année en cours. 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 réseau IMA au Maroc 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.

Au Maroc, en cas de séjour en maison de repos, convalescence, rééducation, soins de suite et de réadaptation, les dépenses liées à ce séjour 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 paiement de ces dépenses par l'adhérent est la règle. La Mutuelle intervient en complément de la CFE ou de la CNSS dans la limite de 30 jours par an\* et par bénéficiaire (y compris 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 exclues.**

**Les frais de location de télévision (France + Maroc)**, 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 Sérénité'R et AGIR Plénitude'R 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 MAROC

**Au Maroc, pour les prothèses dentaires remboursées**, 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\*. En complément du montant remboursé par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie, 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 les Régimes Obligatoires 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 TO 90) et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel\*. En complément du montant remboursé par les Régimes Obligatoires 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 Sérénité'R et AGIR Plénitude'R 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 MAROC

**Montants 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 Sérénité'R et AGIR Plénitude'R 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 à l'ensemble du poste optique.**

## BIEN-ÊTRE - FRANCE ET MAROC

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

Les actes d'acupuncture, d'ostéopathie, de chiropraxie 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 MAROC

**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 MAROC

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

Pour les médicaments remboursables par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie 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 les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie, 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 des Régimes Obligatoires 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 en France et par IMA dans son réseau au Maroc. 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 en France, 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<sup>ème</sup> et le 4<sup>ème</sup> enfant. Le 5<sup>ème</sup> enfant et les suivants sont payants. Pour la naissance du 1<sup>er</sup> enfant, du 2<sup>ème</sup>, du 5<sup>ème</sup> 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 Maroc.**

**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 des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie. 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 Maroc 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 les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie.**

**Les cotisations sont toujours prélevées sur un compte bancaire en France.**

**Les prestations sont toujours versées sur un compte bancaire en France et payées en Euros.**

**Pour les dépenses effectuées au Maroc, le taux de change appliqué sera celui en vigueur le 1er jour du mois de la date des soins, sur la base des journaux financiers utilisés par la Mutuelle.**

**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 les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie en vigueur au 1er janvier de l'année en cours. Toute évolution des règles de remboursement des Régimes Obligatoires 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.

**+33 5 49 76 66 44**

# • SOMMAIRE •



---

La notice d'information présentée ci-après propose un panel de garanties d'assistance médicale et matérielle, mises en oeuvre par IMA ASSURANCES en France, en Espagne et au Maroc.

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 - 79 033 Niort cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution ACPR - située 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09 (9<sup>ème</sup>).

---



# OFFRE RÉSIDENTS RETRAITÉS FRANÇAIS AU MAROC

(POUR LES SÉJOURS >6 MOIS)

## OFFRE RÉSIDENTS (SÉJOURS >6 MOIS)

<b>1 - ASSISTANCE</b>	<b>P.04</b>
1.1 - Transport sanitaire	p.04
1.2 - Assistance psychologique	p.04
1.3 - Assistance linguistique	p.04
1.4 - Transfert sanitaire	p.04
1.5 - Orientation médicale hospitalière	p.04
1.6 - Frais médicaux hospitalier	p.04
1.7 - Prolongation de séjour (pour raison médicale)	p.04
1.8 - Envoi de médicaments	p.05
1.9 - Hospitalisation >10 jours	p.05
1.10 - Décès d'un bénéficiaire	p.05
1.11 - Retour anticipé en cas de décès ou risque de décès imminent & inéluctable	p.05
1.12 - Bagages à main, animaux domestiques	p.05
<hr/>	
<b>2 - SERVICES ACCESSIBLES HORS ÉVÉNEMENTS GÉNÉRATEURS</b>	<b>P.05</b>
2.1 - Conseil médicaux	p.05
2.2 - Renseignements pratiques	p.05
2.3 - Messages urgents	p.05
<hr/>	
<b>RÉCAPITULATIF DES GARANTIES</b>	<b>P.06</b>
<hr/>	
<b>CONDITIONS D'APPLICATION</b>	<b>P.07</b>
<hr/>	
<b>DÉFINITIONS</b>	<b>P.10</b>

# • GARANTIES D'ASSISTANCE 1/2 •

## 1 - ASSISTANCE

### 1.1. TRANSPORT SANITAIRE

Organisation du transport et prise en charge de son coût dès l'instant où les médecins d'IMA, après avis des médecins traitants locaux et en cas de nécessité médicalement établie, notamment en cas d'insuffisance du plateau technique marocain, décident d'un transport et en déterminent les moyens les mieux adaptés. Ce transport sanitaire est effectué selon la gravité du cas (avion de ligne régulière, avec agencement particulier, s'il y a lieu, avion sanitaire spécial ou tout autre moyen le mieux adapté) 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, celui-ci s'effectue jusqu'à la structure hospitalière susceptible de dispenser les soins appropriés, déterminée par les médecins d'IMA. Afin de permettre la réalisation du transport décidé et organisé par IMA dans les meilleurs délais, les frais hospitaliers peuvent faire l'objet d'une avance.

IMA organise, à la fin des soins et lorsque l'état médical le permet, le retour du bénéficiaire au domicile ou en France. Si des déplacements itératifs (soins spécifiques ou consultations) sont nécessaires dans les suites d'un transport en urgence organisé par IMA, ceux-ci ne sont pas du ressort de l'assistance. En cas de transport sanitaire d'un bénéficiaire, IMA organise et prend en charge le transport d'un accompagnant, par le moyen le plus approprié. Si l'accompagnant est le conjoint du bénéficiaire, IMA, 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. Dans tous les cas IMA organise et prend en charge le retour des autres bénéficiaires dès lors qu'un patient bénéficiaire d'un transport sanitaire doit rester plus de 7 jours sur place. Si IMA a organisé le transport aller d'un accompagnant, IMA organisera son retour.

### 1.2. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas d'événement grave et/ou traumatisant, sur simple appel et au profit du bénéficiaire appelant, IMA organise et prend en charge, selon les cas, de 1 à 3 entretiens téléphoniques individuels avec un psychologue clinicien. **Les prestations doivent être exécutées dans un délai d'un an à compter de la survenance de l'événement.**

### 1.3. ASSISTANCE LINGUISTIQUE

Le bénéficiaire, confronté à de graves difficultés de communication

dans la langue du pays où il se trouve, peut solliciter IMA qui s'efforcera de l'aider, selon la disponibilité de ses linguistes.

### 1.4. TRANSFERT SANITAIRE

IMA 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, en accord avec les médecins traitants locaux. Si les médecins d'IMA estiment que la présence d'un accompagnant est médicalement nécessaire, IMA prend en charge son transport. Si IMA a organisé le transport aller, IMA organisera le transport retour.

### 1.5. ORIENTATION MÉDICALE HOSPITALIÈRE

IMA vous oriente, soit par téléphone, soit au moyen de son portail Mobilité Internationale, vers les établissements hospitaliers qu'elle a conventionné. IMA est liée par convention avec des établissements hospitaliers sélectionnés dans le pays (ou les villes) où le plateau technique se révèle compatible avec les impératifs médicaux d'une part, et dont les coûts sont préalablement validés ou contrôlés par l'intermédiaire de structures spécialisées, d'autre part. Dans tous les cas le réseau sélectionné par IMA s'efforce de satisfaire aux normes de compétences techniques et financières les meilleures, compte tenu de la situation culturelle, géographique, politique, sociale et économique du pays considéré. Lors d'une recherche d'établissements sur le portail Mobilité Internationale, ceux-ci sont matérialisés en vert.

### 1.6. FRAIS MÉDICAUX HOSPITALIERS

Si le bénéficiaire est affilié à la CNSS, dans le cadre d'une hospitalisation programmée, l'établissement hospitalier du réseau IMA fait la demande d'entente préalable auprès de la CNSS et IMA garantit le complément, dans la limite de la garantie souscrite auprès de PLEYEL SANTÉ.

Si le bénéficiaire est affilié à la CFE, IMA garantit et paie la totalité des soins, dans la limite de la garantie souscrite auprès de PLEYEL SANTÉ.

### 1.7. PROLONGATION DE SÉJOUR (POUR RAISON MÉDICALE)

Lorsque des soins ont été dispensés à un bénéficiaire et qu'il n'est pas jugé transportable vers son domicile par les médecins d'IMA, alors que son état médical ne nécessite pas une hospitalisation, IMA participe à ses frais d'hébergement, et à ceux de l'accompagnant, dans la limite

# • GARANTIES D'ASSISTANCE 2/2 •

de 100 € par nuitée pour une durée maximale de 7 nuitées.

## 1.8. ENVOI DE MÉDICAMENTS

En cas de nécessité, IMA recherche, sur votre lieu de séjour, les médicaments prescrits ou leurs équivalents indispensables à votre 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 organise et prend en charge l'expédition de ces médicaments. De même, IMA organise et prend en charge, lorsque nécessaire, l'expédition de lunettes, lentilles de contact, appareillages médicaux et prothèses. Le coût de ces médicaments et matériels reste à votre charge, IMA pouvant en avancer le montant si nécessaire.

## 1.9. HOSPITALISATION >10 JOURS

IMA met à la disposition d'un membre de la famille (ou d'un proche choisi par le bénéficiaire) 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 participe également aux frais d'hébergement de la personne transportée dans la limite de 7 nuits et 100 € par nuitée.

## 1.10. DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE

IMA organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu de l'inhumation en France ou dans le pays d'origine du bénéficiaire. 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. **Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération en France ou dans le pays d'origine du bénéficiaire restent à la charge de la famille.**

## 1.11. RETOUR ANTICIPÉ EN CAS DE DÉCÈS OU RISQUE DE DÉCÈS IMMINENT & INÉLUCTABLE

En cas de décès ou de risque de décès imminent et inéluctable d'un membre de la famille, IMA organise et prend en charge :

- En cas de décès : le déplacement aller-retour des bénéficiaires pour se rendre sur le lieu d'inhumation ou d'obsèques en France ou dans le pays d'origine,

En cas de risque de décès imminent et inéluctable et après accord des médecins d'IMA : le déplacement aller-retour d'un bénéficiaire au chevet du patient en France ou dans le pays d'origine.

## 1.12. BAGAGES À MAIN, ANIMAUX DOMESTIQUES

À 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.

## 2 - SERVICES ACCESSIBLES HORS ÉVÉNEMENTS GÉNÉRATEURS

### 2.1. CONSEILS MÉDICAUX

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

- 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. 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.

### 2.3. MESSAGES URGENTS

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

# ● RÉCAPITULATIF DES GARANTIES ●

		Garanties assistance mobilité internationale	Plafond de prise en charge
Avance des frais médicaux hospitaliers			Dans la limite de la garantie souscrite auprès de PLEYEL SANTÉ
Présence d'un proche au chevet	Prise en charge du transport		Billet A/R
	Prise en charge de l'hébergement (max. 7 jours)		100 € / nuitée
Recherche et expédition de médicaments et prothèses			Frais réels d'acheminement
Orientation médicale hospitalière	Orientation dans le réseau hospitalier agréé		Plus de 40 structures supports au Maroc
Portail Mobilité			Illimité
Conseils médicaux (télémedecine...)			Illimités
Renseignements pratiques			Illimités
Transport sanitaire	Tous transports (avion sanitaire, ambulance, taxi, train...)		Frais réels
	Présence d'une équipe médicale		Frais réels
Prise en charge de l'accompagnant	Présence d'un proche pour transport de pers. handicapée ou <16 ans		Frais réels
	À défaut d'accompagnant, venue d'une personne qualifiée		Frais réels
	Accompagnant pour voyager avec le bénéficiaire blessé ou malade		Billet A/R
	Hébergement de l'accompagnant (7 nuits maximum)		100 € / nuitée
Retour des autres bénéficiaires	Prise en charge des membres de la famille voyageant avec le bénéficiaire		Frais réels
Prolongation de séjour pour raison médicale	Frais d'hébergement sur place en soins de suite (7 nuits max. pour le patient et l'accompagnant)		100 € / nuitée
Décès d'un bénéficiaire	Préparation et transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation en France ou dans le pays d'origine		Frais réels
Retour anticipé en cas d'événements familiaux	Déplacement d'un bénéficiaire suite au décès d'un parent (conjoint de droit/de fait, ascendants/descendants 1 <sup>er</sup> degré)		Billet A/R pour un bénéficiaire
Assistance psychologique			3 entretiens téléphoniques

# • CONDITIONS D'APPLICATION 1/3 •

## MODALITÉS DE CONTACT DU SERVICE D'ASSISTANCE

En cas de situation en lien avec une urgence, les bénéficiaires peuvent appeler IMA (7j/7 et 24h/24) au numéro suivant :

Depuis la France : **05 49 76 66 44**

Depuis l'étranger : **+33 5 49 76 66 44**

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

Hors situation d'urgence, le portail Mobilité Internationale est accessible à partir du site [www.ima.eu](http://www.ima.eu). Il permet de consulter les garanties, d'obtenir les réponses aux questions les plus fréquentes, de poser une question libre au service d'assistance... Le portail mobilité permet également d'effectuer des opérations en ligne telle que la recherche d'un établissement de santé. Enfin, il permet d'accéder à des messages d'alerte relatif à la localisation des bénéficiaires (alertes sanitaires, météorologiques et géopolitiques) et/ou à leur contrat d'assistance.

Lors de la première connexion il sera demandé au bénéficiaire de s'inscrire à l'aide de son numéro d'adhérent à PLEYEL SANTÉ. Par la suite les connexions se feront à partir du mot de passe qui aura été transmis à l'issue de l'inscription. Les réponses aux questions ou demandes de prise en charge seront transmises par courrier électronique sous 72 heures.

Les bénéficiaires peuvent également saisir IMA par mail, à l'adresse suivante : [ima.medical@ima.eu](mailto:ima.medical@ima.eu)

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.

### CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE

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.

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

Dans l'hypothèse d'une avance des frais par IMA, 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.

Les garanties, non prévues dans la Convention, qu'IMA 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.

### TERRITORIALITÉ

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

### 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.

### VALIDITÉ DES GARANTIES

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

### SUBROGATION

IMA 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. IMA effectue donc en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

# • CONDITIONS D'APPLICATION 2/3 •

## PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de la convention d'assistance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1<sup>er</sup> - En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA en a eu connaissance ;
- 2<sup>ème</sup> - 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 ce dernier. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. 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.

## ACCÈS AUX 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. Seules les informations strictement nécessaires seront transmises aux prestataires d'IMA sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à PLEYEL SANTE à l'exception des données à caractère médical. Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant. L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA, 118 avenue de Paris, 79000 NIORT.

## RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79000 NIORT ou par courriel depuis le site [www.ima.eu](http://www.ima.eu), Espace Particuliers. Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances)

9 rue de Saint-Pétersbourg - 75008 PARIS. Son avis s'impose à IMA mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

## LIMITATION À L'APPLICATION DES GARANTIES

La responsabilité d'IMA 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 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.

IMA 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 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, nationales et/ou internationales.

## EXCLUSIONS

**Ne sont pas pris en charge par IMA :**

- Les frais médicaux en France,
- 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 au titre des garanties,
- Les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur...),
- Les frais de transports primaires,
- 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 sexuelles,

## • CONDITIONS D'APPLICATION 3/3 •

- 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, 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.

# • DÉFINITIONS 1/2 •

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 audit bénéficiaire.

## ANIMAUX DOMESTIQUES

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

## BÉNÉFICIAIRES

La convention s'applique aux adhérents de PLEYEL SANTE, bénéficiaires de la Sécurité sociale marocaine ou de la Caisse des Français à l'Étranger, et souscripteurs d'une garantie Mobilité Internationale, ainsi qu'au 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.

## 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

Epoux/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 marocain déclaré au contrat.

## FRAIS D'HÉBERGEMENT/SÉJOUR

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

## FRAIS DE SECOURS/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, DROM - POM - COM, et par assimilation la Principauté de Monaco et Andorre.

## HOSPITALISATION

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

## RÉSIDENT

Tout bénéficiaire domicilié au Maroc plus de 6 mois par an.



# • DÉFINITIONS 2/2 •

Dans le cadre de la notice, les termes ci-après doivent être entendus avec les acceptations 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, non consécutive à une situation préexistante n'ayant pas pour origine un accident corporel, constaté par une autorité médicale compétente et dont la réalité sera vérifiée par les médecins d'IMA.

## MEMBRES DE LA FAMILLE

Conjoint de droit ou de fait (concubin, PACS...), ascendants et descendants 1er degré.

## PAYS D'ORIGINE

Pays de nationalité, ou pays de résidence avant la prise d'effet du présent contrat, du bénéficiaire.

## PLATEAU TECHNIQUE

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

## 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 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.



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

**+33 5 49 76 66 44**