



Garanties Agir Santé Gamme Responsable 2020

Garanties Agir Santé Gamme Responsable 2020

PRESTATIONS	AGE MINIMUM A L'ADHESION : 55 ANS						
	AGE LIMITE A L'ADHESION : 80 ANS				AGE LIMITE A L'ADHESION : 75 ANS		
	1 AGIR ESSENTIEL'C	2 AGIR ECONOMIQUE'C	3 AGIR ENERGIE'C	4 AGIR EQUILIBRE'C	5 AGIR EXPANSION'C	6 AGIR EXCELLENCE'C	7 AGIR EXTREME'C
HOSPITALISATION - SECTEUR CONVENTIONNE							
Frais de séjour	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires (ADC, ADA, ATM, ACO, ADI et ADE) (par année d'adhésion et par bénéficiaire) (1)	100%	100%	100% + 225 €/an	100% + 450 €/an	100% + 750 €/an	100% + 1000 €/an	100% + 1250 €/an
Honoraires (ADC, ADA, ATM, ACO, ADI et ADE) (par année d'adhésion et par bénéficiaire) (2)	100%	100%	110%	140%	180%	200%	200%
Participation forfaitaire actes lourds (par acte)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait hospitalier illimité	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (limitée à 90 jours (dont 30 jours en maison de repos, convalescence, rééducation, soins de suite et de réadaptation) par année d'adhésion et par bénéficiaire)	30 €/nuitée	30 €/nuitée	40 €/nuitée	50 €/nuitée	70 €/nuitée	90 €/nuitée	110 €/nuitée
Lit accompagnant (enfant de moins de 16 ans) (limité à 90 jours par année d'adhésion et par bénéficiaire)	8 €/nuitée	8 €/nuitée	10 €/nuitée	15 €/nuitée	20 €/nuitée	30 €/nuitée	40 €/nuitée
Location télévision par nuitée (limitée à 15 jours par année d'adhésion et par bénéficiaire)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transport remboursé par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ACTES MEDICAUX - SECTEUR CONVENTIONNE							
Consultations et visites généralistes (1)	100%	100%	130%	160%	200%	250%	300%
Consultations et visites généralistes (2)	100%	100%	110%	140%	180%	200%	200%
Consultations et visites spécialistes (1)	100%	100%	130%	160%	200%	250%	300%
Consultations et visites spécialistes (2)	100%	100%	110%	140%	180%	200%	200%
Consultations et visites de psychiatres, neuropsychiatres, neurologues et assimilés (3)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Actes de chirurgie, techniques médicaux (1)	100%	100%	130%	160%	200%	250%	300%
Actes de chirurgie, techniques médicaux (2)	100%	100%	110%	140%	180%	200%	200%
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, d'obstétrique, d'anesthésie (1)	100%	100%	130%	160%	200%	250%	300%
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, d'obstétrique, d'anesthésie (2)	100%	100%	110%	140%	180%	200%	200%
Auxiliaires médicaux	100%	100%	130%	160%	180%	200%	250%
Analyses	100%	100%	130%	160%	180%	200%	250%
PHARMACIE							
Vignettes 30%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vignettes 65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vignettes 15%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccins remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES 100% SANTE en France							
OUI (voir document 100% SANTE)							
SOINS DENTAIRES - SECTEUR CONVENTIONNE							
Soins dentaires, actes dentaires et parodontologie remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	130%	160%	180%	200%	250%
DENTAIRE - SECTEUR CONVENTIONNE							
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	100%	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Prothèses transitoires remboursées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Réparations de prothèses remboursées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (par réparation et par bénéficiaire)	100%	100%	40 €	45 €	50 €	60 €	70 €
Inlay core (par inlay et par bénéficiaire)	100%	100%	50 €	60 €	70 €	100 €	130 €
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (par semestre et par bénéficiaire)	100%	100%	60 €	120 €	200 €	300 €	400 €
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (par semestre et par bénéficiaire)	-	-	-	160 €	200 €	250 €	300 €
Implantologie (par racine implantaire et par bénéficiaire)	-	-	-	160 €	200 €	250 €	300 €
Parodontologie non remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	-	-	160 €	200 €	250 €	300 €
Blanchiment dentaire effectué chez un chirurgien dentiste (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	-	-	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 €
Lorsque le plafond annuel est atteint, notre remboursement est limité au paiement du ticket modérateur.							
PROTHESES NON DENTAIRE							
Accessoires, orthopédie, prothèses auditives et autres prothèses remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Petit et grand appareillage remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Plafond annuel par bénéficiaire	-	-	-	500 €	600 €	700 €	800 €
Lorsque le plafond annuel est atteint, notre remboursement est limité au paiement du ticket modérateur.							

(1) 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).

(2) 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).

(3) 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 Responsable 2020

PRESTATIONS	AGE MINIMUM A L'ADHESION : 55 ANS						
	AGE LIMITE A L'ADHESION : 80 ANS					AGE LIMITE A L'ADHESION : 75 ANS	
	1 AGIR ESSENTIEL'C	2 AGIR ECONOMIQUE'C	3 AGIR ENERGIE'C	4 AGIR EQUILIBRE'C	5 AGIR EXPANSION'C	6 AGIR EXCELLENCE'C	7 AGIR EXTREME'C
OPTIQUE : EQUIPEMENT 100% SANTE en France	OUI (voir document 100% SANTE)						
Monture + 2 verres (CLASSE A)							
OPTIQUE : Monture + 2 verres (CLASSE 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	100%	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €
Verres unifocaux (les 2) remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100 €	110 €	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)	-	+10 €	+20 €	+20 €	+30 €	+40 €	+40 €
Verres multifocaux (les 2) remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	170 €	180 €	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)	-	+30 €	+50 €	+50 €	+60 €	+80 €	+90 €
Lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, lentilles de vue jetables	100%	110 €/an	140 €/an	170 €/an	210 €/an	300 €/an	390 €/an
Opération des yeux par laser (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	-	130 €/an	170 €/an	200 €/an	250 €/an	350 €/an	450 €/an
Plafond annuel par bénéficiaire 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année	-	200 €	220 €	270 €	310 €	370 €	470 €
Plafond annuel par bénéficiaire 3 ^{ème} année et suivantes	-	200 €	220 €	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 (sauf pour les garanties AGIR ECONOMIQUE'C et AGIR ENERGIE'C).							
CURE (par année d'adhésion et par bénéficiaire)							
Cure thermique remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	-	100%	100%	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
BIEN-ETRE (par année d'adhésion et par bénéficiaire)							
Acupuncture	-						
Ostéopathie	-						
Chiropractie	-						
Etiopathie	-						
Réflexologie	-						
Sophrologie	-	30 €/an	40 €/an	50 €/an	75 €/an	100 €/an	150 €/an
Kinésiologie	-						
Homéopathie	-						
Naturopathie	-						
Aromathérapie	-						
Phytothérapie	-						
ACTES MEDICAUX FEMININS (par année d'adhésion et par bénéficiaire)							
Amniocentèse non remboursée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	-						
Procréation médicalement assistée	-	30 €/an	40 €/an	50 €/an	75 €/an	100 €/an	150 €/an
Contraception (stérilet, pilules, patch)	-						
PREVENTION (par année d'adhésion et par bénéficiaire)							
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)	-	30 €/an	40 €/an	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							
OUI (voir conditions)							

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.

La Mutuelle rembourse au minimum à hauteur de 100% du ticket modérateur les prestations de prévention considérées comme prioritaires telles qu'elles sont définies par l'Arrêté du 8 juin 2006 publié au Journal Officiel le 18 juin 2006.

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 - Gamme Responsable 2020

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

- 80 ans pour les garanties ESSENTIEL'C, ECONOMIQUE'C, ENERGIE'C, EQUILIBRE'C et EXPANSION'C,
- 75 ans pour les garanties EXCELLENCE'C et EXTREME'C.

Par ailleurs l'âge minimum pour adhérer à toutes les garanties est fixé à 55 ans.

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.

HOSPITALISATION

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

Pour les frais de séjours, prise en charge des dépassements en fonction des conventions en vigueur avec les cliniques et établissements hospitaliers conventionnés.

Pour les dépassements d'honoraires, un montant ou un remboursement par an* et par bénéficiaire.

Dans le cas où le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ne transmet pas l'information précisant si le praticien 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 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. Elle est limitée à 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). Ambulatoire - 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 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 est pris en charge, sous réserve de nuitée, 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, lors d'une hospitalisation médicale, chirurgicale ou maternité, sont pris en charge, sur présentation d'une facture acquittée, pour une durée 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 EXCELLENCE'C et AGIR EXTREME'C 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.

Les visites avec déplacements non médicalement justifiées sont prises en charge à 100% de la BR.

Pour les dépassements d'honoraires, dans le cas où le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ne transmet pas l'information précisant si le praticien 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

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 TO 90) 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 non remboursée 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 EXCELLENCE'C et AGIR EXTREME'C 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

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 (sauf pour les garanties AGIR ECONOMIQUE'C et AGIR ENERGIE'C).

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 EXCELLENCE'C et AGIR EXTREME'C 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

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

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

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

Pour les médicaments remboursables par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie mais non prescrits, le pharmacien devra indiquer le taux de remboursement (15%, 30% ou 65%) sur la facture acquittée.

Pour les vaccins et les analyses de laboratoire non remboursés par le Régime Obligatoire 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 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 et les plafonds par an* ou par acte ne s'appliquent pas à la prise en charge du ticket modérateur obligatoire pour les soins remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (article R.871-2 1° du Code de la Sécurité sociale).

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 des Régimes Obligatoires 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 le décret 2019-21 du 11/01/2019 modifiant l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale).

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 aux articles R.871-2 1° et D.911-1 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 les articles R.871-2 3° et D.911-1 4° 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. Pour les prestations réalisées à l'étranger (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 ».**

La Mutuelle n'intervient pas sur des prestations facturées à l'étranger (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 prestations sont toujours versées en France.

Les personnes résidant à l'étranger ou dans les collectivités ou pays d'outre-mer (COM et POM) ainsi que les personnes couvertes par la Caisse des Français de l'Etranger (CFE) ne peuvent pas être affiliées au contrat.

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 1^{er} janvier de l'année en cours. Toute évolution des règles de remboursement des Régimes Obligatoires Français d'Assurance Maladie (CCAM, tarification à l'activité, baisse de remboursement...) pourra entraîner des modifications de nos prestations.

** Dans ce cadre les frais de séjour en hospitalisation seront limités à 100% de la BR pendant 30 jours par an* et par bénéficiaire.

Nouvelles dispositions 100% santé en France complétant votre tableau des garanties pour les postes OPTIQUE, DENTAIRE ET AIDES AUDITIVES

1 - MODIFICATIONS DU POSTE OPTIQUE – À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2020

Garanties	Composition du panier	Prise en charge
EQUIPEMENT 100% SANTE (CLASSE A)		
Monture de Classe A	<ul style="list-style-type: none"> Monture respectant les normes européennes, avec un prix égal ou inférieur à 30 €. Chaque opticien aura au minimum 35 modèles de montures adultes « 100% Santé » et 20 modèles de montures pour enfants. Verres traitant l'ensemble des troubles visuels. Prestations obligatoirement prises en charge : amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet. Prestations d'appairage deux verres d'indice de réfraction différents ; Supplément pour verres (filtre teinté) et monture à coque (enfant de moins de 6 ans) ; Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale des verres correcteurs par l'opticien. 	Aucun reste à charge après le remboursement cumulé de l'Assurance maladie obligatoire et de votre contrat PLEYEL SANTE, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV fixés par décret), sous réserve du respect des conditions de renouvellement définies par la réglementation.
Verres de Classe A		
Autres prestations		
EQUIPEMENT AUTRE QUE 100% SANTE (CLASSE B)		
Monture de Classe B	<p>Votre contrat prévoit des forfaits dédiés à la monture et aux verres ; la prise en charge se fera donc en fonction de chacun des forfaits et dans la limite des plafonds prévus dans chaque garantie.</p> <ul style="list-style-type: none"> Supplément pour verres (filtre teinté) et monture à coque (enfant de moins de 6 ans) ; Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale des verres correcteurs par l'opticien. 	<p>Les garanties actuelles prévues au contrat continuent de produire leurs effets dans le respect des limites de prise en charge minimales et maximales (remboursement cumulé de l'Assurance maladie obligatoire et de votre contrat PLEYEL SANTE), sous réserve du respect des conditions de renouvellement définies par la réglementation.</p> <p>100% du ticket modérateur</p>
Verres de Classe B		
Autres prestations		

2 - MODIFICATIONS DU POSTE DENTAIRE

À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2020 ET DU 1^{ER} JANVIER 2021 SELON LES ACTES

Garanties	Composition du panier	Entrée en vigueur	Prise en charge
SOINS DENTAIRES PROTHETIQUES 100% SANTE			
Actes dentaires définis par l'arrêté du 24 mai 2019, dont notamment :	Couronnes et bridges	À partir du 1 ^{er} janvier 2020	Aucun reste à charge après remboursement cumulé de l'Assurance maladie obligatoire et de votre contrat PLEYEL SANTE et dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF fixés par décret).
	Autres prothèses	À partir du 1 ^{er} janvier 2021	
SOINS DENTAIRES PROTHETIQUES AUTRES QUE 100% SANTE			
Prothèses relevant du panier à tarifs modérés (prise en charge dans la limite des honoraires limites de facturation)			Vos garanties actuelles continuent de produire leurs effets.
Prothèses relevant du panier à tarifs libres			

Nouvelles dispositions 100% santé en France complétant votre tableau des garanties pour les postes OPTIQUE, DENTAIRE ET AIDES AUDITIVES

3 - MODIFICATIONS DU POSTE AIDES AUDITIVES – À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2021

Garanties	Composition du panier	Prise en charge
EQUIPEMENT 100% SANTE (CLASSE I)		
Prothèses auditives classe I	<ul style="list-style-type: none"> Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire ; Au moins 12 canaux de réglages ou dispositif de qualité équivalente pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif ; système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ; 4 ans de garantie ; Au moins trois options de la liste A. 	Aucun reste à charge après remboursement cumulé de l'Assurance maladie obligatoire et de votre contrat PLEYEL SANTE et dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV fixés par décret), sous réserve du respect des conditions de renouvellement définies par la réglementation.
EQUIPEMENT AUTRE QUE 100% SANTE (CLASSE II)		
Prothèses auditives classe II	Une aide auditive de classe II doit comporter au moins 6 options de la liste A, et au moins une option de la liste B. Pour certaines aides auditives (arrêté du 14 novembre 2018) le nombre minimal d'options de la liste A requis pour une prise en charge au titre de la classe II est abaissé à 3 si et seulement si l'aide auditive comporte au moins 3 options de la liste B, ou à 4 options de la liste A si et seulement si l'aide auditive comporte au moins 2 options de la liste B.	Les garanties actuelles prévues au contrat continuent de produire leurs effets dans le respect des limites de prise en charge minimales et maximales et sous réserve du respect des conditions de renouvellement définies par la réglementation.

Liste A :

- système anti-acouphène
- batterie rechargeable, permettant la charge de l'aide auditive sur un socle branché sur secteur
- connectivité sans fil permettant un échange de données avec des dispositifs de communication sans fil (fonction télécommande et/ou Bluetooth)
- réducteur de bruit du vent permettant une atténuation des basses fréquences générées par les turbulences à l'entrée du ou des microphones.
- synchronisation binaurale, permettant de synchroniser les traitements du son entre l'oreille droite et gauche le cas échéant
- directivité microphonique adaptative (le nul de captation induit par la directivité en fonction de la localisation de la source de bruit s'adapte automatiquement en fonction de l'azimut de la source)
- bande passante élargie $\geq 6\,000\text{Hz}$ permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences de 0 à 6 000Hz (équivalent à une fréquence d'échantillonnage du convertisseur de 16kHz)

Liste B :

- borne haute de la bande passante élargie $\geq 10\,000\text{ Hz}$ permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences de 0 à 10 000Hz
- nombre de canaux de réglage ≥ 20
- réducteur de bruit impulsionnel permettant d'augmenter le confort d'écoute du patient en réduisant les bruits de durée inférieure à 300ms

Accessoires et fournitures

Pleyel
santé

Nous sommes complémentaires



Convention d'Assistance à Domicile

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, 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 - 79000 Niort, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632 et soumise au contrôle de l'ACP 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

SOMMAIRE

DEFINITIONS	3	6. GARANTIES COMPLEMENTAIRES POUR PATHOLOGIES LOURDES	8
1. VIE DU CONTRAT	4	6.1 ERGOTHERAPEUTE	8
1.1 DUREE DES GARANTIES	4	6.2 SERVICES TRAVAUX POUR AMENAGEMENT DU DOMICILE	8
1.2 RESILIATION	4	6.3 TELEASSISTANCE	8
1.3 SUBROGATION	4	6.4 ENVELOPPE DE SERVICES	8
1.4 PRESCRIPTION	4	6.4.1 Enveloppe de services pour l'adhérent ou son conjoint	8
1.5 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	4	6.4.2 Enveloppe de services pour enfants et petits-enfants (<16ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)	8
1.6 RECLAMATION ET MEDIATION	4	7. GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS D'HOSPITALISATION	9
2. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES	4	7.1 AIDE MENAGERE	9
2.1 FAITS GENERATEURS	4	7.2 PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET DU PATIENT BENEFICIAIRE	9
2.2 INTERVENTION	4	7.3 SERVICES DE PROXIMITE	9
2.3 PIECES JUSTIFICATIVES	4	8. GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS DE DECES	9
3. LIMITATIONS, EXCLUSIONS ET DECHEANCES A L'APPLICATION DES GARANTIES	5	8.1 AIDE A DOMICILE	9
3.1 DELAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE	5	8.2 MISE EN RELATION AVEC UN PRESTATAIRE FUNERAIRE	9
3.2 INFRACTION	5	9. INFORMATIONS & CONSEILS	10
3.3 FORCE MAJEURE	5	9.1 INFORMATIONS MEDICALES	10
3.4 AUTRES EXCLUSIONS	5	9.2 PREVENTION NUTRITION SANTE	10
4. GARANTIES EN CAS D'IMMOBILISATION	6	9.3 CONSEIL SOCIAL	10
4.1 AIDE MENAGERE	6	9.4 INFORMATIONS ADMINISTRATIVES, SOCIALES, JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE	10
4.2 PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET DU PATIENT BENEFICIAIRE	6	9.5 RECHERCHE DE MEDECIN, INFIRMIERE, INTERVENANT PARAMEDICAL	10
4.3 SERVICES DE PROXIMITE	6	9.6 ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE	10
4.4 TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MEDICAUX	6	ANNEXE A LA CONVENTION D'ASSISTANCE A DOMICILE	11
5. GARANTIES COMPLEMENTAIRES FAMILLE	7		
5.1 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS, PETITS-ENFANTS (< 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (sans limite d'âge) EN CAS D'IMMOBILISATION D'UN PARENT	7		
5.2 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET PETITS-ENFANTS (<16 ans) OU ENFANTS HANDICAPES (sans limite d'âge) IMMOBILISES AU DOMICILE	7		
5.3 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET PETITS-ENFANTS OU ENFANTS HANDICAPES IMMOBILISES AU DOMICILE	7		
5.4 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS	7		

DEFINITIONS

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

ADHERENT

Souscripteur du contrat d'assurance PLEYEL SANTE ASSISTANCE auprès de la Mutuelle Pleyel Santé.

BENEFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

L'adhérent à Pleyel Santé, ainsi que son conjoint de droit ou de fait, les enfants et petits enfants vivant au domicile, les enfants handicapés sans limite d'âge et les ascendants directs fiscalement à leur charge.

DOMICILE

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

FRANCE

France métropolitaine et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre.

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.

MALADIE

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

HOSPITALISATION

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

HOSPITALISATION IMPREVUE

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

IMMOBILISATION

Toute atteinte corporelle survenant inopinément et consécutivement à la suite d'un accident obligeant, sur prescription médicale, le bénéficiaire à demeurer à son domicile.

CENTRE DE CONVALESCENCE

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

LISTE DES PATHOLOGIES LOURDES

Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA GIE ainsi que les pathologies nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie.

ANIMAUX DOMESTIQUES

Les chiens et les chats.



1 VIE DU CONTRAT

1.1 DUREE DES GARANTIES

La période de validité du contrat PLEYEL SANTE ASSISTANCE souscrit par l'adhérent auprès de la Mutuelle Pleyel Santé.

1.2 RESILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par l'adhérent de son contrat PLEYEL SANTE ASSISTANCE souscrit auprès de la Mutuelle Pleyel Santé pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

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

1.4 PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant de la convention d'assistance ne sont plus recevables au-delà d'une période de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Le délai de prescription s'interrompt notamment par l'envoi d'une lettre recommandée du bénéficiaire à IMA ASSURANCES ou par la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre.

1.5 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

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

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à la Mutuelle Pleyel Santé.

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 ASSURANCES 118 avenue de Paris 79000 Niort.

1.6 RECLAMATION ET MEDIATION

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris 79000 NIORT 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 du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances) 9 rue de Saint-Petersbourg 75008 PARIS.

Son avis s'impose à IMA ASSURANCES mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

2 CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

2.1 FAITS GENERATEURS

Les garanties de la présente convention s'appliquent en cas d'accident corporel, de maladie ou de décès.

2.2 INTERVENTION

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

05.49.76.66.33

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

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

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

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau

d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA ASSURANCES, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un centre de convalescence du fait du temps dont dispose l'adhérent pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire.

Les garanties d'assistance sont mises en oeuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle.

IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

2.3 PIECES JUSTIFICATIVES

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en oeuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

De la même façon, IMA ASSURANCES pourra demander l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

3 LIMITATIONS, EXCLUSIONS ET DECHEANCES A L'APPLICATION DES GARANTIES

3.1 DELAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 7 jours qui suivent :

- une immobilisation au domicile,
- la sortie d'une hospitalisation,
- un décès.

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement (sortie d'hospitalisation, immobilisation ou décès).

3.2 INFRACTION

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

3.3 FORCE MAJEURE

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, 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.

3.4 AUTRES EXCLUSIONS

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

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

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



4 GARANTIES EN CAS D'IMMOBILISATION

En cas d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 30 jours :

4.1 AIDE MENAGERE

La venue d'une aide ménagère :

- dès le premier jour de l'hospitalisation,
- ou au retour au domicile.

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

L'aide ménagère a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales.

4.2 PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET DU PATIENT BENEFICIAIRE

- IMA ASSURANCES organise et prend en charge en France le déplacement aller-retour d'un proche, à compter du 1^{er} jour (train 1^{ère} classe ou avion classe économique),

- IMA ASSURANCES organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 92 €.

4.3 SERVICES DE PROXIMITE

• Livraison de médicaments

Lorsque ni l'adhérent ou son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA ASSURANCES se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. La garantie est limitée à 1 livraison sur une période de 30 jours. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

• Portage de repas

Lorsque l'adhérent ou son conjoint n'est pas en mesure de préparer lui-même les repas ou de les faire préparer par son entourage, IMA ASSURANCES prend en charge un forfait de livraison d'un pack repas pour 7 jours maximum à définir à la commande.

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

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

• Portage d'espèces

Lorsque l'adhérent ou son conjoint ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- un transport aller/retour dans un établissement bancaire,
- ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA ASSURANCES dans un délai d'1 mois.

• Livraison de courses

Lorsque ni l'adhérent ou son conjoint ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses, IMA ASSURANCES prend en charge les frais de livraison d'1 commande par semaine. Les frais de livraison seront remboursés à l'adhérent sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent.

• Coiffure à domicile

Lorsque l'adhérent ou son conjoint a besoin de soin de coiffure, IMA ASSURANCES organise le déplacement d'un coiffeur au domicile. Le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent.

4.4 TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MEDICAUX

Lorsque l'adhérent ou son conjoint n'est pas en état de se déplacer pour aller à un rendez vous médical et qu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA ASSURANCES organise et prend en charge un transport non médicalisé aller et retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 kms. Ce service est utilisable dans les 30 jours du retour au domicile.

5 GARANTIES COMPLEMENTAIRES FAMILLE

5.1 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET PETITS-ENFANTS (< 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'ÂGE) EN CAS D'IMMOBILISATION D'UN PARENT

En cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- **Le déplacement d'un proche**

Déplacement aller et retour en France d'un proche pour les garder au domicile (billet de train 1^{ère} classe ou d'avion, classe économique).

- **Le transfert des enfants ou petits-enfants**

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

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

- **La garde des enfants ou petits-enfants**

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde des enfants ou petits-enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

- **La conduite à l'école et le retour au domicile des enfants ou petits-enfants**

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants ou petits-enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 30 jours.

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

- **La conduite aux activités extrascolaires**

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants ou petits-enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période de 4 semaines maximum.

- **L'aide aux devoirs**

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un soutien pédagogique auprès des enfants du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématique, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), à raison de 2 heures par enfant et par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'immobilisation plafonnée et sur une période maximale de 4 semaines.

5.2 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET PETITS-ENFANTS (<16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPES (SANS LIMITE D'ÂGE) IMMOBILISES AU DOMICILE

- **Présence d'un proche au chevet**

En cas d'immobilisation de plus de 5 jours, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le déplacement aller et retour en France d'un proche, au chevet de l'enfant ou du petit-enfant (billet de train 1^{ère} classe ou d'avion classe économique).

- **La garde des enfants**

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde au domicile des enfants ou petits-enfants malades ou accidentés par un intervenant habilité.

Le nombre d'heures est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

5.3 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET PETITS-ENFANTS OU ENFANTS HANDICAPES IMMOBILISES AU DOMICILE

- **Soutien scolaire**

En cas d'immobilisation de plus de 14 jours, empêchant la poursuite des cours, IMA ASSURANCES organise et prend en charge dès le 1^{er} jour son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours pour les enfants du primaire au secondaire. Il s'agit de cours particuliers dans les matières principales (mathématique, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), donnés au domicile, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires et jours fériés.

5.4 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

En cas d'immobilisation de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- **Le déplacement d'un proche**

Déplacement aller et retour en France d'un proche pour les garder au domicile (billet de train 1^{ère} classe ou d'avion classe économique).

- **Le transfert des ascendants chez un proche**

Le voyage aller et retour en France des ascendants, en train 1^{ère} classe ou en avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

- **La garde des ascendants**

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités.

Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

6 GARANTIES COMPLEMENTAIRES POUR PATHOLOGIES LOURDES

En cas de déclaration, dûment justifiée par un certificat médical, d'une pathologie lourde consécutive à une hospitalisation de plus de 5 jours ou, à la suite d'une aggravation d'une pathologie lourde déjà existante entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours du patient bénéficiaire, IMA ASSURANCES, organise et prend en charge les garanties ci-dessous à utiliser sur 12 mois à compter de la déclaration d'une pathologie lourde ou de l'aggravation d'une pathologie lourde déjà existante.

La déclaration d'une pathologie lourde ou son aggravation doit se faire dans un délai d'1 mois suivant la sortie de l'hospitalisation.

Dans l'attente de la réception du certificat médical, adressé sous pli confidentiel à l'attention des médecins d'IMA ASSURANCES, des mesures conservatoires d'aide ménagère peuvent être mises en oeuvre à concurrence de 6 heures sur une semaine. Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation.

6.1 ERGOTHERAPEUTE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile du bénéficiaire.

Cette garantie comprend l'évaluation de la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie). Cette évaluation peut être complétée par un rapport (croquis des aménagements et cotes d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile.

6.2 SERVICES TRAVAUX POUR AMENAGEMENT DU DOMICILE

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA ASSURANCES met en relation l'adhérent avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat :

- envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations,
- établissement par ces prestataires d'un diagnostic des réparations à effectuer ainsi qu'un devis,
- vérification de la cohérence technique et tarifaire des devis,
- suivi des travaux, des coûts, des délais.

Les travaux restent à la charge de l'adhérent. La mise en oeuvre de ce service fait l'objet d'un devis de 50 € qui resteront à la charge de l'adhérent dans le cas où le devis serait accepté plus de 2 mois après son établissement ou refusé.

6.3 TELEASSISTANCE

IMA ASSURANCES prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile du bénéficiaire ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de 3 mois.

6.4 ENVELOPPE DE SERVICES

6.4.1 Enveloppe de services pour l'adhérent ou son conjoint

A compter de la déclaration ou d'une aggravation d'une pathologie lourde, IMA ASSURANCES met à disposition du patient bénéficiaire une enveloppe de services à utiliser sur une période maximale de 12 mois.

Il ne sera attribué qu'1 seule enveloppe de services par an.

Le choix des prestations est à la carte et la prise en charge est limitée à 100 unités de consommation.

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure de ses besoins à compter de la déclaration de la pathologie lourde.

Le nombre d'unité ne pourra être modifié dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en oeuvre d'une ou plusieurs prestations et que celles-ci auront débuté.

Cf. tableau enveloppe de services et décompte en unité ci-annexé.

6.4.2 Enveloppe de services pour enfants et petits-enfants (<16ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

IMA ASSURANCES inclut dans l'enveloppe de services de l'article 6.4 des prestations complémentaires à destination des enfants, petits-enfants (< 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge). Leurs conditions de mise en oeuvre restent identiques à celles de l'article 6.4

Cf. tableau enveloppe complémentaire de services pour enfants et décompte en unité ci-annexé.

7 GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 10 jours :

7.1 AIDE MENAGERE

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

7.2 PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET DU PATIENT BENEFICIAIRE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge cette garantie telle que décrite à l'article 4.2.

7.3 SERVICES DE PROXIMITE

IMA ASSURANCES met en œuvre les services décrits à l'article 4.3.

8 GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS DE DECES

8.1 AIDE A DOMICILE

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint, à compter du jour du décès, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide ménagère.

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

8.2 MISE EN RELATION AVEC UN PRESTATAIRE FUNERAIRE

IMA ASSURANCES peut transmettre les coordonnées d'un prestataire funéraire à la famille.

Les frais d'obsèques restent à la charge de la famille.

9 INFORMATIONS & CONSEILS

9.1 INFORMATIONS MEDICALES

Une équipe médicale communique 24h/24, sur simple appel, des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

- loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratiques de sports à risques,
- conseils et prévention en matière de voyages, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation,
- enfants et petits-enfants : attitudes préventives et conseils sur la santé.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'auto-médication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

9.2 PREVENTION NUTRITION SANTE

Chaque bénéficiaire pourra solliciter, 1 fois par an, des conseils diététiques par téléphone du lundi au vendredi de 9h à 18h concernant plus particulièrement :

- un accès à des informations pratiques pour un bon équilibre alimentaire,
- les actions en faveur de la prévention santé avec une sensibilisation à la nutrition infantile et les problèmes d'obésité,
- les réponses aux questions sur les déséquilibres alimentaires et les problématiques de la dénutrition chez la personne dépendante.

Ces conseils sont dispensés par des diététiciens.

Un bilan nutritionnel peut être réalisé. Il sera à la charge de l'adhérent.

9.3 CONSEIL SOCIAL

IMA ASSURANCES organise et prend en charge, selon la situation, de 1 à 5 entretiens téléphoniques par année et par foyer avec un travailleur social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi de 9h à 19h.

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

Les prestations doivent être exécutées dans un délai de 1 an à compter de la date de survenance de l'événement

9.4 INFORMATIONS ADMINISTRATIVES, SOCIALES, JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE

A tout moment, afin d'aider les bénéficiaires souhaitant obtenir des informations à caractère général, IMA ASSURANCES met à leur disposition, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service d'information juridique et vie pratique pour apporter des réponses en matière de droit français.

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

9.5 RECHERCHE DE MEDECIN, INFIRMIERE, INTERVENANT PARAMEDICAL

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, IMA ASSURANCES peut aider à rechercher un médecin.

De la même façon IMA ASSURANCES peut, en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, aider à rechercher une infirmière ou des intervenants paramédicaux.

9.6 ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas d'événements traumatisants tels qu'un accident, une maladie grave, un décès, affectant l'un des bénéficiaires, IMA ASSURANCES peut organiser et prendre en charge, selon la situation :

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
- et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les prestations doivent être exécutées dans un délai de 1 an à compter de la date de survenance de l'événement

ANNEXE A LA CONVENTION D'ASSISTANCE A DOMICILE

PACK IMMOBILISATION ENVELOPPE DE SERVICES AU 01/01/2012

L'enveloppe de services et le décompte en unité correspond aux prestations suivantes :

Enveloppe adulte malade	Unité de mesure	Valeur unitaire
Aide ménagère	1 heure	1 unité
Présence d'un proche	1 transport aller/retour	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller/retour	4 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	2 unités
Livraison de courses	1 livraison	4 unités
Portage de repas	1 livraison	1,5 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	1,5 unités
Garde d'enfant	1 heure	1,5 unités
Conduite à l'école	1 transport aller/retour	2 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 transport aller/retour	2 unités

Inclusion dans l'enveloppe générale destinée au patient bénéficiaire d'une enveloppe complémentaire de services pour enfant immobilisé. Le décompte en unité correspond aux prestations suivantes :

Garde d'enfant malade	1 heure	1,5 unités
Présence d'un proche	1 transport aller/retour	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller/retour	4 unités
Livraison de courses	1 livraison	4 unités
Portage de repas	1 livraison	1,5 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité