

Notices d'information

**itineo**  
santé

**DOCUMENT  
À CONSERVER**

la  **Mutuelle**  
Générale

# SOMMAIRE

|  |                |
|--|----------------|
| <b>SANTÉ ET ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION</b> ..... | <b>3 à 26</b>  |
| <b>ASSISTANCE À DOMICILE</b> .....                             | <b>27 à 38</b> |
| <b>MAÎTRISE DES FRAIS DE SANTÉ</b> .....                       | <b>39 à 41</b> |

**Santé &  
Allocation  
Journalière  
d'Hospitalisation**

# SOMMAIRE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>LEXIQUE .....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>1 • DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....</b>   | <b>7</b>  |
| 1.1. Préambule .....  | 7         |
| 1.2. Objet des garanties .....  | 7         |
| 1.3. Formalités d'adhésion .....  | 7         |
| 1.4. Prise d'effet de l'adhésion .....  | 7         |
| 1.5. Conditions pour adhérer .....  | 8         |
| 1.6. Perte de la qualité d'Adhérent .....   | 8         |
| 1.7. Durée des garanties .....  | 8         |
| 1.8. Prescription .....   | 9         |
| 1.9. Réclamation – médiation .....  | 9         |
| 1.10. Autorité de contrôle .....  | 9         |
| 1.11. Subrogation .....   | 9         |
| 1.12. Exclusions communes aux garanties Santé et Allocation Journalière d'Hospitalisation ..... | 9         |
| <b>2 • LA GARANTIE SANTÉ .....</b>  | <b>10</b> |
| 2.1. Choix de la formule de garantie .....  | 10        |
| 2.2. Modification de garantie .....   | 10        |
| 2.3. Étendue territoriale .....   | 10        |
| 2.4. Définitions module « Soins courants » .....  | 11        |
| 2.5. Définitions module « Optique Dentaire Acoustique et autres Appareillages » .....           | 11        |
| 2.6. Définitions Module « Hospitalisation » .....   | 13        |
| 2.7. Délai d'attente .....  | 13        |
| 2.8. Exclusions .....   | 13        |
| <b>3 • LA GARANTIE ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION .....</b>                           | <b>14</b> |
| 3.1. Choix de la garantie .....   | 14        |
| 3.2. Modification de la garantie .....  | 14        |
| 3.3. Renonciation à la garantie .....   | 14        |
| 3.4. Hospitalisations ouvrant droit au versement de l'allocation .....                          | 14        |
| 3.5. Délai d'attente .....  | 14        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>4 • TABLEAUX DE GARANTIES</b> .....  | <b>15</b> |
| <b>5 • MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ</b> .....  | <b>22</b> |
| 5.1. Remboursements .....   | 22        |
| 5.2. Pièces justificatives .....  | 22        |
| <b>6 • LES COTISATIONS</b> .....  | <b>23</b> |
| 6.1. Cotisation de la garantie Santé .....  | 23        |
| 6.2. Cotisation de la garantie Allocation Journalière d'Hospitalisation .....                             | 23        |
| 6.3. Paiement des cotisations .....   | 23        |
| 6.4. Exonération de cotisation en cas de décès de l'Adhérent .....  | 23        |
| 6.5. Exonération de cotisation pour tout nouveau-né ou enfant adopté .....                                | 23        |
| 6.6. Variations des cotisations .....   | 23        |
| 6.7. Changement générant une modification de la cotisation en cours d'année .....                         | 23        |
| 6.8. Sanction en cas de non-paiement de la cotisation .....   | 23        |
| <b>7 • EXONÉRATION, SOUS CONDITIONS, DE COTISATION EN CAS DE CHÔMAGE</b> .....                            | <b>24</b> |
| 7.1. Objet .....  | 24        |
| 7.2. Conditions d'application de la garantie .....  | 24        |
| 7.3. Exclusions .....   | 24        |
| 7.4. Montant de l'Exonération de cotisation .....   | 24        |
| 7.5. Franchise .....  | 24        |
| 7.6. Durée maximum d'Exonération de cotisation .....  | 24        |
| 7.7. Déclaration .....  | 25        |
| 7.8. Pièces à fournir .....   | 25        |
| 7.9. Cessation de l'Exonération .....   | 25        |
| 7.10. Cessation de garantie .....   | 25        |
| 7.11. Modification des garanties ou de l'adhésion pendant la période d'exonération de la cotisation ..... | 25        |
| <b>8 • LA VIE DE L'ADHÉSION</b> .....   | <b>26</b> |
| 8.1. Changement de situation des Bénéficiaires .....  | 26        |
| 8.2. Terme des garanties .....  | 26        |

## LEXIQUE

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessous a, lorsqu'il (elle) est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

**Accident**

Toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et indépendante de l'Adhérent.

**Adhérent**

Sociétaire de l'ANACCS qui adhère au contrat collectif *itineo santé*. Un enfant mineur de moins de seize ans ne peut pas être Adhérent.

**Année d'assurance**

Période de douze (12) mois consécutifs démarrant à compter de la date de prise d'effet des garanties.

**Base de remboursement de la Sécurité sociale**

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

**Bénéficiaire des prestations**

L'Adhérent et ses ayants droit inscrits et mentionnés dans le Certificat d'adhésion.

**Certificat d'adhésion**

Document envoyé à l'Adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il mentionne la formule de garantie souscrite et le montant de la cotisation.

**Chômage total**

Chômage résultant directement d'un licenciement économique et ouvrant droit à des allocations d'assurance chômage versées par Pôle emploi.

**Conjoint**

L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le (la) concubin(e) déclaré(e) ou le cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent.

**Contrat d'accès aux soins (CAS)**

Contrat signé entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux. En adhérent au CAS, le médecin s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires. Avec un médecin adhérent au CAS, les remboursements dus par la Sécurité sociale et la mutuelle sont meilleurs.

**Délai d'attente**

Période durant laquelle les garanties ne donnent pas lieu à prise en charge (à l'exception du ticket modérateur).

**Franchise**

Période pendant laquelle l'exonération, sous conditions, de cotisation en cas de chômage n'est pas due à l'Adhérent.

**Honoraire de dispensation**

Rémunération des pharmaciens. Cette dernière, déconnectée du prix du médicament est destinée à valoriser l'acte de dispensation du pharmacien qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer et les conseils aux patients.

**Parcours de soins coordonnés**

Mode d'accès aux soins prévoyant l'obligation de désigner un médecin traitant et de le consulter en première intention, conformément à la loi n° 2004-810 du 13/08/2004.

**Ticket modérateur**

Reste à charge de l'adhérent après le remboursement de la Sécurité sociale, sur la base des tarifs de cette dernière.

# 1 > DISPOSITIONS GÉNÉRALES

## 1.1 • PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'ANACCS « Association Nationale des Adhérents de Contrats Collectifs Santé » dont le siège social est situé 6, rue Vandrezanne 75013 Paris,
- et d'autre part, La Mutuelle Générale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, numéro SIREN 775685340, dont le siège social est situé 6, rue Vandrezanne 75634 Paris cedex 13,

un contrat collectif, dénommé *itineo santé*, à adhésion facultative.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'ANACCS.

Chaque Adhérent à *itineo santé* est sociétaire de l'ANACCS et membre participant de La Mutuelle Générale.

Ce contrat collectif facultatif signé entre l'ANACCS et La Mutuelle Générale, se renouvelle par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de deux (2) mois par lettre recommandée.

À cette échéance, La Mutuelle Générale s'engage à ne pas mettre fin aux garanties individuellement accordées aux Adhérents.

*itineo santé* est soumis au droit français et régi par le Code de la mutualité.

Les statuts de La Mutuelle Générale, la notice d'information et le Certificat d'adhésion sont remis à chaque Adhérent.

Le présent document constitue la notice d'information des garanties Santé, Allocation Journalière d'Hospitalisation et Exonération, sous conditions, de cotisation en cas de chômage et reprend les conditions du contrat collectif précité.

Les cotisations versées au titre du contrat *itineo santé* par des Travailleurs Non-Salariés (TNS), dont les revenus sont déclarés au titre des bénéfices industriels et commerciaux (BIC) ou des bénéfices des professions non commerciales (BNC), ne bénéficient pas de la déductibilité fiscale prévue par l'article 154 bis du Code général des impôts.

## 1.2 • OBJET DES GARANTIES

### La garantie Santé

Elle a pour objet de garantir aux Adhérents et à leurs ayants droit figurant sur la demande d'adhésion :

- le remboursement des frais médicaux en cas de maladie, chirurgie, maternité, Accident ;
- l'exonération, sous conditions, de cotisation en cas de chômage, toutes options comprises.

### La garantie Allocation Journalière d'Hospitalisation

Cette garantie optionnelle a pour objet le versement d'allocations journalières en cas d'hospitalisation de l'Adhérent ou de ses ayants droit figurant sur la demande d'adhésion.

## 1.3 • FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'Adhérent doit compléter, signer et dater une demande d'adhésion indiquant les garanties souscrites et les éventuels ayants droit inscrits.

Aucun questionnaire médical n'est exigé.

L'adhésion est établie d'après les déclarations de l'Adhérent et la cotisation fixée en conséquence.

**L'Adhérent doit donc répondre avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la demande d'adhésion.**

**Toute fausse déclaration intentionnelle peut entraîner l'application des sanctions prévues par l'article L. 221-14 du Code de la mutualité (nullité du contrat).**

## 1.4 • PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée dans le Certificat d'adhésion et au plus tôt le jour de la réception par La Mutuelle Générale de la demande d'adhésion complétée et signée, sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un Certificat d'adhésion et du paiement de la première (1<sup>re</sup>) cotisation.

**À compter de la date d'adhésion, tous les frais médicaux dont la date de référence est postérieure à l'adhésion sont remboursables :**

- **pour tous les actes faisant l'objet d'un décompte d'un régime d'assurance maladie obligatoire, la date de référence sera la date de soins mentionnée sur ce décompte ;**
- **pour les actes qui n'ont pas fait l'objet d'un décompte d'un régime d'assurance maladie obligatoire, les prestations ne sont versées que lorsque la date de prescription médicale se situe après la date d'effet de l'adhésion ;**
- **pour les actes qui ne font pas l'objet d'une prescription médicale, les prestations ne sont versées que si la date de soins ou d'achat se situe après la date d'effet d'adhésion.**

### Droit de renonciation

L'Adhérent dispose du droit de renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de celle-ci et sous réserve de ne pas avoir demandé dans ledit délai le remboursement de frais de santé engagés.

### Modalités d'exercice du droit de renonciation

L'Adhérent doit adresser à La Mutuelle Générale une lettre recommandée avec accusé de réception, rédigée comme suit :

« Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse de l'Adhérent] déclare renoncer à mon adhésion [Nom et n° du contrat figurant sur votre Certificat d'adhésion] auquel j'avais souscrit le [date d'adhésion]. »

À [Lieu] Le [Date]

Signature de l'Adhérent »

L'exercice du droit à renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion à compter de la date d'effet de l'adhésion et donne lieu au remboursement intégral de la cotisation dans un délai de trente (30) jours.

La Mutuelle Générale est déliée de tout engagement présent et futur envers l'Adhérent.

## 1.5 • CONDITIONS POUR ADHÉRER

### L'Adhérent

L'Adhérent doit :

- résider en France métropolitaine ou dans les Départements ou Régions d'Outre-Mer (DROM) ;
- être affilié à un régime d'assurance maladie obligatoire français ;
- être âgé au jour de l'adhésion d'au moins 16 ans et ne pas avoir dépassé 80 ans au 31 décembre de l'année d'adhésion.

### Les ayants droit

Peuvent avoir la qualité d'ayants droit :

- le Conjoint, concubin ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, sous réserve :
  - de résider en France métropolitaine ou dans les DROM,
  - d'être affilié à un régime d'assurance maladie obligatoire français,
  - d'être âgé au jour de l'adhésion d'au moins 16 ans et ne pas avoir dépassé 80 ans au 31 décembre de l'année d'adhésion.

- les enfants de l'Adhérent, du Conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 25 ans ;
- les ascendants ou collatéraux, inscrits comme ayant droit au régime d'assurance maladie obligatoire français de l'Adhérent ou de son Conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS sous réserve qu'ils n'aient pas dépassé 80 ans au 31 décembre de l'année de leur inscription comme ayant droit à *itineo santé* ;
- les personnes vivant sous le même toit que l'Adhérent et inscrites comme ayant droit au régime d'assurance maladie obligatoire français de l'Adhérent ou de son Conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS sous réserve qu'ils n'aient pas dépassé 80 ans au 31 décembre de l'année de leur inscription comme ayant droit à *itineo santé*.

Tous les membres d'une même famille, c'est-à-dire l'Adhérent et ses ayants droit, doivent s'inscrire sur la même adhésion.

L'inscription d'un ayant droit en cours d'année d'adhésion prend effet au plus tôt le jour de la réception par La Mutuelle Générale de la demande de modification d'adhésion complétée et signée sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un nouveau Certificat d'adhésion.

Toutefois, les garanties sont acquises dès la date de naissance du nouveau-né ou dès la date d'adoption de l'enfant mineur, à condition d'effectuer la demande d'inscription dans les trois (3) mois suivant la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant au foyer. À défaut, les garanties prennent effet à compter de la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion.

## 1.6 • PERTE DE LA QUALITÉ D'ADHÉRENT

La fin de l'adhésion entraîne la perte de la qualité d'Adhérent et par conséquent de tous les droits qui s'y rattachent.

## 1.7 • DURÉE DES GARANTIES

**Les garanties Santé et Allocation Journalière d'Hospitalisation sont viagères.**

**L'adhésion s'étend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par tacite reconduction.**

## 1.8 • PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Adhérent, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- 2- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Adhérent, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

## 1.9 • RÉCLAMATION – MÉDIATION

Les réclamations doivent être formulées par l'Adhérent par courrier auprès du Centre de gestion de La Mutuelle Générale.

En cas de désaccord ou en l'absence de réponse du Centre de gestion dans un délai de dix (10) jours, l'Adhérent peut s'adresser au service des réclamations de La Mutuelle Générale.

Si un désaccord persiste ou en l'absence de réponse du service des réclamations de La Mutuelle Générale dans un délai d'un (1) mois suivant sa saisine, l'Adhérent peut solliciter le Médiateur en écrivant à son attention au siège de La Mutuelle Générale.

## 1.10 • AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément au Code de la mutualité, La Mutuelle Générale est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située 61, rue Taitbout – 75436 Paris cedex 09.

## 1.11 • SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, La Mutuelle Générale exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au(x) Bénéficiaire(s).

Afin de permettre à La Mutuelle Générale d'exercer son droit de subrogation, les Bénéficiaires s'engagent à déclarer, dans les meilleurs délais, tout Accident dont ils sont victimes.

## 1.12 • EXCLUSIONS COMMUNES AUX GARANTIES SANTÉ ET ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION

**Ne sont pas pris en charge les frais qui sont la conséquence de :**

- la pratique d'un sport professionnel ;
- risques de guerre civile ou étrangère.

**Les exclusions de garanties décrites ci-dessus ne sont pas appliquées aux obligations de prise en charge posées à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale.**

## 2 > LA GARANTIE SANTÉ

La garantie Santé s'inscrit dans le cadre du contrat « responsable » tel que défini par la réforme de l'assurance maladie (Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et ses décrets d'application).

Le contrat respecte les obligations et interdictions de prise en charge prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.872-2 du Code de la Sécurité sociale. En cas de contradiction entre ces règles et celles prévues par le présent contrat, les règles du contrat responsable prévaudront.

La garantie Santé vient en complément des prestations versées par un régime d'assurance maladie obligatoire, calculée en fonction de l'état de la législation en vigueur à la date d'effet du contrat *itineo santé*. En cas de baisse des prestations des régimes d'assurance maladie obligatoire, les engagements de La Mutuelle Générale ne pourront en aucun cas s'en trouver aggravés.

### 2.1 • CHOIX DE LA FORMULE DE GARANTIE

Les formules du contrat *itineo santé* sont les suivantes :

- « itineo DYNAMISME »
- « itineo TRIBU »
- « itineo VITALITÉ »

Pour chacune de ces formules, la garantie Santé est composée de trois (3) modules :

- Soins courants,
- Optique, Dentaire, Acoustique et autres Appareillages,
- Hospitalisation.

Pour composer sa formule de garantie, l'Adhérent doit choisir entre les niveaux suivants :

- « Essentiel » ou « Renfort » pour chacun des trois (3) modules,
- ou le niveau « Exigence » pour lequel aucune combinaison n'est possible.

La formule du contrat *itineo santé* couplée au niveau de garanties choisi pour chacun des modules constitue une formule de garantie.

Tous les membres d'une même famille, c'est-à-dire l'Adhérent et tous ses ayants droit, doivent souscrire la même formule de garantie.

### 2.2 • MODIFICATION DE LA FORMULE DE GARANTIE

En cours d'adhésion, l'Adhérent peut modifier à la hausse ou à la baisse la formule de sa garantie Santé. La modification ne peut s'effectuer qu'à la date anniversaire de prise d'effet des garanties. La demande de modification de la formule de garantie doit parvenir par écrit à La Mutuelle Générale au plus tard deux (2) mois avant sa prise d'effet.

La cotisation applicable à la demande de modification de la formule de garantie tient compte de l'âge des Bénéficiaires à la date d'effet de la modification de la formule de garantie.

**En cas de changement de la formule de garantie, pour tout soin prescrit avant la date d'effet de la modification, les Bénéficiaires bénéficient des prestations de la formule de garantie à laquelle ils étaient précédemment inscrits.**

**En cas de modification de la formule de garantie, la majoration du plafond global (bonus fidélité) ne s'applique qu'à compter du vingt-cinquième (25<sup>e</sup>) mois d'ancienneté dans la formule de garantie Santé.**

La modification de la formule de garantie Santé de l'Adhérent entraîne les mêmes modifications pour tous ses ayants droit.

### 2.3 • ÉTENDUE TERRITORIALE

Le remboursement des soins effectués à l'étranger est subordonné à la prise en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire français. Toute demande de remboursement est traitée à partir du décompte du régime obligatoire français et d'une facture détaillée mentionnant les actes dispensés traduits en français et le montant de la part laissée à la charge du Bénéficiaire exprimé en euros.

## 2.4 • DÉFINITIONS MODULE « SOINS COURANTS »

### Honoraires médicaux

Ensemble des actes pratiqués par les médecins généralistes et spécialistes y compris les stomatologistes et les actes de radiologie.

La participation forfaitaire de 18 euros instaurée par l'article R 322-8 du code de la Sécurité sociale est prise en charge par la garantie Santé.

### Petites fournitures

Frais engagés pour l'achat de petites fournitures définies au Titre I de la Liste des Produits et Prestations Remboursables ainsi que les semelles orthopédiques et le matériel d'amblyopie.

### Auxiliaires médicaux

Actes effectués par des infirmiers, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues remboursés par la Sécurité sociale.

### Ostéopathie, chiropraxie, réflexologie, sophrologie, phytothérapie, pédicurie et podologie

Séances effectuées par des ostéopathes, chiropracteurs, réflexologues, sophrologues, phytothérapeutes et pédicures-podologues non remboursés par la Sécurité sociale.

### Psychologue

Séances effectuées par des psychologues et uniquement pour les enfants de moins de 14 ans.

### Cures thermales

Cures thermales prises en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie et effectuées dans des stations thermales conventionnées par un régime obligatoire d'assurance maladie.

### Vaccin antigrippal

Vaccin autorisé dans le cadre de la campagne de prévention de la Sécurité sociale.

### Séances diététique

Séances effectuées par des diététiciens diplômés.

### Substituts nicotiniques

Substituts nicotiniques et médicaments pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie, à compter du deuxième (2<sup>e</sup>) mois de traitement.

## 2.5 • DÉFINITIONS MODULE « OPTIQUE DENTAIRE ACOUSTIQUE ET AUTRES APPAREILLAGES

### Optique

#### Forfait optique

**Le montant des prestations du Forfait verres et du Forfait monture est fonction de l'âge du Bénéficiaire (adulte, enfant) et est limité au montant indiqué dans le tableau des garanties figurant sur la demande d'adhésion.**

**Le forfait inclut la prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur (100 % TM). La part du remboursement supérieure au montant du ticket modérateur est limitée à un équipement optique tous les 2 ans.**

**Est considéré comme enfant tout Bénéficiaire jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 18 ans.**

**Verres et Monture :** une paire de lunettes est constituée d'une monture et de deux verres.

**Supplément d'optique :** Pour les Bénéficiaires adultes et enfants : prisme incorporé quelle que soit la puissance, système antiptosis, filtre chromatique ou ultraviolet, verres iséiconiques, supplément pour sphère > à 20 dioptries.

Pour les Bénéficiaires enfants avant leur sixième (6<sup>e</sup>) anniversaire : filtre d'occlusion partielle, prisme souple, supplément pour monture de lunettes à coque.

Les suppléments d'optique sont intégrés dans le forfait verres.

#### Limite de la garantie optique

**Le remboursement est limité à une paire de lunettes tous les 2 ans pour les adultes et une paire de lunettes par an pour les enfants jusqu'au 31 décembre de leurs 18 ans. Dans tous les cas, la limitation à une paire tous les 2 ans ne s'applique pas :**

- en cas d'évolution de la vue, sur justificatif de l'opticien ou de l'ophtalmologue ;
- en cas de prescription à la même date d'une paire de lunettes pour la vision de près et d'une paire de lunettes pour la vision de loin.

**La période de 12 ou 24 mois s'appréciera à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (de la 1<sup>re</sup> partie d'équipement en cas d'équipement partiel). Lorsqu'un assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement optique en deux temps (d'une part la monture et d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élé-**

ment de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

### Bonus Fidélité Forfait verres

Quelle que soit la formule de la garantie choisie, les remboursements effectués au titre de ces garanties sont limités à un plafond global par Bénéficiaire les vingt-quatre (24) premiers mois d'ancienneté dans la formule de garantie. Ce plafond est majoré à compter du vingt-cinquième (25<sup>e</sup>) mois d'ancienneté dans la formule de garantie.

### Lentilles

Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris les lentilles jetables) dans la limite d'un forfait par Année d'assurance indiqué dans le tableau des garanties figurant sur la demande d'adhésion.

### Chirurgie réfractive

Chirurgie de la cornée par laser ou chirurgie par pose d'implant intra-oculaire à but réfractif, non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, à l'exclusion de la pose d'implant intra-oculaire pour le traitement chirurgical de la cataracte et de la chirurgie réfractive de l'œil prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

### Dentaire

#### Forfait Prothèses dentaires fixes

La garantie Santé comprend un Forfait Prothèses dentaires fixes par dent et par Année d'assurance correspondant aux prothèses dentaires fixes, inlays core et aux autres prothèses dentaires. **Ce Forfait Prothèses dentaires fixes est limité à trois (3) prothèses par Année d'assurance.**

#### Prothèses dentaires fixes

Couronne, bridge et dent à tenons.

#### Inlay core

Acte qui permet de reconstituer un faux moignon pour pouvoir poser une prothèse dentaire. L'inlay core est assimilé à une prothèse dentaire.

#### Autres prothèses dentaires

Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale autres que prothèses dentaires fixes, prothèses dentaires mobiles ou inlays core.

#### Bonus Fidélité Forfait Prothèses dentaires fixes

Quel que soit le niveau de la garantie choisi, les remboursements effectués au titre de ces garanties sont limités à un plafond global par Année d'assurance et par Bénéficiaire les vingt-quatre (24) premiers mois d'ancienneté dans la formule de garantie. Ce plafond est majoré à compter du vingt-cinquième (25<sup>e</sup>) mois d'ancienneté dans la formule de garantie.

#### Forfait Prothèses dentaires mobiles

La garantie Santé comprend un Forfait Prothèses dentaires mobiles par Année d'assurance.

### Prothèses dentaires mobiles

Intermédiaire de bridge, appareil dentaire partiel ou complet, plaque base métallique, contreplaque, couronne sur implant, appareil provisoire pris en charge par la Sécurité sociale.

#### Bonus Fidélité Forfait Prothèses dentaires mobiles

Quelle que soit la formule de garantie choisie, les remboursements effectués au titre de ces garanties sont limités à un plafond global par Année d'assurance et par Bénéficiaire les vingt-quatre (24) premiers mois d'ancienneté dans la formule de garantie. Ce plafond est majoré à compter du vingt-cinquième (25<sup>e</sup>) mois d'ancienneté dans la formule de garantie.

### Orthodontie

Orthopédie dento-faciale visant à corriger les dysmorphoses, pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge est limitée à six (6) semestres pour le traitement initial d'orthodontie, puis à deux (2) semestres supplémentaires et à deux (2) années de contention.

**Les réparations, le remplacement ou la perte d'appareils sont compris dans le forfait orthodontie garanti et ne donnent pas lieu à un remboursement supplémentaire.**

### Prise d'empreinte

La prise d'empreinte et tous les actes préalables au traitement d'orthodontie sont remboursés au titre des actes dentaires pris en charge par la Sécurité sociale.

### Implants

Racine artificielle en titane ou en céramique introduite dans l'os maxillaire au cours d'une intervention chirurgicale, non pris en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire.

### Appareillage

#### Acoustique

Achat, entretien et réparation des appareils auditifs médicalement prescrits et pris en charge par la Sécurité sociale.

#### Autres appareillages

Prothèses et appareillages médicaux inscrits aux titres II, III et IV de la Liste des Produits et Prestations remboursables, à l'exception des semelles orthopédiques, des appareils correcteurs de la surdité ainsi que du matériel d'optique et d'amblyopie définis ci-dessus.

## 2.6 • DÉFINITIONS MODULE « HOSPITALISATION »

### Hospitalisation

Séjour dans un établissement hospitalier de court séjour ou de soins de suite et de réadaptation, public ou privé, agréé par le Ministère de la Santé.

L'hospitalisation de jour et l'hospitalisation à domicile sont prises en charge.

### Frais de séjour

Prix de la pension dans le cadre d'une hospitalisation.

### Honoraires

La participation forfaitaire de 18 euros instaurée par l'article R 322-8 du code de la Sécurité sociale est prise en charge par la garantie Santé.

### Chambre particulière

Supplément facturé, pour tout séjour d'au moins une nuit, par l'établissement hospitalier pour une chambre particulière demandée par le Bénéficiaire. **Pour le niveau « Essentiel », toute hospitalisation d'une durée inférieure ou égale à 48 h n'ouvre pas droit au versement de la prestation. La prestation est versée à compter de la troisième (3<sup>e</sup>) nuitée d'hospitalisation jusqu'au jour de sortie inclus.**

**Le remboursement de la chambre particulière en secteur psychiatrique est limité à trente (30) jours par année civile.**

### Frais d'accompagnement

Frais engagés par l'accompagnant dans l'établissement hospitalier ou la « Maison des parents » durant l'hospitalisation d'un ayant droit de moins de 16 ans.

### Forfait journalier

Somme forfaitaire journalière laissée à la charge de la personne hospitalisée et non remboursée par la Sécurité sociale (loi n° 83-25 du 19 janvier 1983).

**Le forfait journalier est sans limitation de durée. Le forfait journalier facturé dans le cadre d'un séjour au sein d'Établissements Médico-Sociaux n'est pas remboursé.**

## 2.7 • DÉLAI D'ATTENTE

Toutes les garanties du module « Hospitalisation », quel que soit le niveau de garantie choisi pour le module « Hospitalisation », sont soumises à un Délai d'attente de trois (3) mois. Ce Délai se calcule à partir de la date d'effet des garanties mentionnée dans le Certificat d'adhésion.

Conformément aux dispositions du contrat responsable, le ticket modérateur est couvert pendant ce délai.

Toutefois, ce Délai d'attente ne s'applique pas :

- 1° en cas d'Accident ;
- 2° pour les Adhérents justifiant avoir été couverts par des garanties au moins équivalentes dans les trois (3) mois précédant leur adhésion sur présentation du certificat de radiation ou d'un autre justificatif ;
- 3° pour les nouveau-nés ou les enfants mineurs adoptés, à condition que la demande d'inscription comme ayant droit à *itineo santé* soit effectuée dans les douze (12) mois suivant la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

## 2.8 • EXCLUSIONS

Ne sont pas pris en charge par la garantie Santé :

- les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le tableau des garanties ;
- la visite du médecin au domicile du patient lorsqu'elle répond à une exigence particulière du malade, sans être justifiée par des conditions médico-administratives et cliniques ou socio-environnementales, la majoration du tarif fixée par la Sécurité sociale ;
- les actes dispensés au cours d'un séjour en thalassothérapie ;
- les étuis de lunettes, les lunettes de soleil, les produits d'entretien et les cordons de lunettes ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non consécutifs à un Accident.

Les exclusions de garanties décrites ci-dessus ne sont pas appliquées aux obligations de prise en charge posées à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties du présent contrat dit « responsable » ne couvrent pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- la participation forfaitaire et la franchise annuelle mentionnées respectivement au II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- les pénalités résultant du non-respect du Parcours de soins :
  - la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
  - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

De plus, ne sont pas pris en charge les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties.

## 3 > LA GARANTIE ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION

Allocation journalière versée à compter de la deuxième (2<sup>e</sup>) nuit d'hospitalisation pour chaque séjour en établissement hospitalier public ou privé agréé par le Ministère de la Santé.

### 3.1 • CHOIX DE LA GARANTIE

La garantie Allocation Journalière d'Hospitalisation est optionnelle et ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie Santé. Le montant de l'allocation journalière est fonction du niveau choisi pour le module « Hospitalisation » et est précisé sur la demande d'adhésion.

Si l'Adhérent souscrit cette garantie optionnelle, tous ses ayants droit sont également garantis pour le même montant.

Toutefois, l'Adhérent peut demander que l'ensemble des ayants droit mineurs ne soit pas garanti.

### 3.2 • MODIFICATION DE LA GARANTIE

Toute modification de niveau du module « Hospitalisation » entraîne la modification du montant de la garantie Allocation Journalière d'Hospitalisation.

### 3.3 • RENONCIATION À LA GARANTIE

En cours d'adhésion, l'Adhérent peut renoncer à la garantie Allocation Journalière d'Hospitalisation. Toute demande de suppression de la garantie Allocation Journalière d'Hospitalisation ne peut s'effectuer qu'à l'issue d'une Année d'assurance. La demande de suppression doit parvenir par écrit à La Mutuelle Générale au plus tard deux (2) mois avant sa prise d'effet.

Lorsque l'Adhérent renonce à la garantie Allocation Journalière d'Hospitalisation en cours d'adhésion, cette renonciation vaut également pour l'ensemble de ses ayants droit.

### 3.4 • HOSPITALISATIONS OUVRANT DROIT AU VERSEMENT DE L'ALLOCATION

L'hospitalisation doit être médicalement prescrite et prise en charge par la Sécurité sociale.

Ne donnent pas droit au versement de l'Allocation Journalière d'Hospitalisation :

- les hospitalisations de jour ;
- les hospitalisations à domicile ;
- les séjours en instituts médico-pédagogiques et en centres de rééducation professionnelle ;
- les hospitalisations en secteur psychiatrique ;
- les séjours en établissements de réadaptation ou de rééducation fonctionnelle, en centres hospitaliers dits de « moyen séjour », en établissements de soins palliatifs, en centres de lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires ;
- les séjours en service de gérontologie, de gériatrie ou de tout établissement de « long séjour » pour personnes âgées, y compris les maisons de retraite, cures thermales et autres cures ;
- les hospitalisations à but esthétique non consécutives à un Accident, et de rajeunissement.

### 3.5 • DÉLAI D'ATTENTE

La garantie Allocation Journalière d'Hospitalisation est soumise à un Délai d'attente de trois (3) mois. Ce Délai se calcule à partir de la date d'effet de la garantie mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Il s'applique également si la garantie Allocation Journalière d'Hospitalisation est souscrite en cours d'adhésion.

Toutefois, ce Délai d'attente ne s'applique pas :

- 1° en cas d'Accident ;
- 2° pour les Adhérents justifiant avoir été couverts par des garanties au moins équivalentes dans les trois (3) mois précédant leur adhésion sur présentation de justificatifs ;
- 3° pour les nouveau-nés ou les enfants mineurs adoptés, à condition que la demande d'inscription comme ayant droit à *itineo santé* soit effectuée dans les douze (12) mois suivant la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

## 4 > TABLEAUX DE GARANTIES

Les tableaux de garanties indiquent les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins instauré par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie sous réserve notamment d'éventuelles variations dans la prise en charge des frais de santé par la Sécurité sociale. Les remboursements sont effectués dans la limite des frais réellement engagés. **Les remboursements exprimés en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement.**

**Conformément aux dispositions relatives au contrat responsable (décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014), votre garantie couvre au minimum le Ticket Modérateur laissé à votre charge par la Sécurité sociale sur tous les actes qu'elle rembourse (sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie), voire au-delà lorsque stipulé aux tableaux de garanties ci-dessous.**

Lorsque le montant maximal de remboursement par Bénéficiaire et par Année d'assurance est exprimé en euros et qu'il n'a pas été atteint au terme de l'Année d'assurance, le reliquat n'est pas reporté l'année suivante.

## itineo DYNAMISME

Les prestations sont exprimées en Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et comprennent celles de la Sécurité sociale et de La Mutuelle Générale. Lorsque les prestations sont exprimées en euros, elles s'additionnent à celles de la Sécurité sociale.



## SOINS COURANTS

|  | ESSENTIEL   | RENFORT     | EXIGENCE    |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Honoraires médicaux des médecins adhérents au CAS* dans le cadre du parcours de soins  | 100 % BR    | 145 % BR    | 200 % BR    |
| Honoraires médicaux des médecins non adhérents au CAS* dans le cadre du parcours de soins  | 100 % BR    | 125 % BR    | 180 % BR    |
| Pharmacie et honoraires de dispensation  | 100 % BR    | 100 % BR    | 100 % BR    |
| Petites fournitures (dont semelles orthopédiques et matériel d'amblyopie)  | 100 % BR    | 100 % BR    | 115 % BR    |
| Analyses médicales, Auxiliaires médicaux   | 100 % BR    | 100 % BR    | 100 % BR    |
| Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale  | 100 % BR    | 100 % BR    | 100 % BR    |
| Ostéopathie, Chiropraxie, Réflexologie, Sophrologie, Phytothérapie, Pédicurie et Podologie non remboursées par la Sécurité sociale | -           | 60 €/an     | 120 €/an    |
| Vaccin antigrippal   | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Séance diététique  | -           | 60 €/an     | 150 €/an    |
| Substituts nicotiniques <sup>(1)</sup>   | 50 €/an     | 50 €/an     | 50 €/an     |



## OPTIQUE - DENTAIRE - ACOUSTIQUE ET AUTRES APPAREILLAGES

## OPTIQUE

Pour plus de précisions sur votre garantie optique, reportez-vous au renvoi 2.

|   | ESSENTIEL          | RENFORT             | EXIGENCE            |
|---|--------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Adulte</b>   |                    |                     |                     |
| Verre simple (dont supplément d'optique remboursé)                    |                    |                     |                     |
| Années 1 à 2  | 60 €               | 80 €                | 100 €               |
| Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>                           | 80 €               | 100 €               | 120 €               |
| Verre complexe et hypercomplexe (dont supplément d'optique remboursé) |                    |                     |                     |
| Années 1 à 2  | 95 €               | 130 €               | 175 €               |
| Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>                           | 115 €              | 150 €               | 195 €               |
| Monture   | 60 €               | 80 €                | 100 €               |
| <b>Enfant</b>   |                    |                     |                     |
| Verre simple (dont supplément d'optique remboursé)                    | 100 % BR           | 100 % BR            | 100 % BR            |
| Verre complexe et hypercomplexe (dont supplément d'optique remboursé) | 100 % BR           | 100 % BR            | 100 % BR            |
| Monture   | 100 % BR           | 100 % BR            | 100 % BR            |
| Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale                    | 100 % BR + 50 €/an | 100 % BR + 100 €/an | 100 % BR + 150 €/an |
| Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale                | 80 €/an            | 130 €/an            | 180 €/an            |
| Chirurgie réfractive de l'œil   | 200 €/œil          | 300 €/œil           | 400 €/œil           |

\* CAS : Contrat d'Accès aux Soins

(1) 25 € par mois pendant 2 mois sur prescription, pour un traitement de 3 mois. Forfait remboursé par la Sécurité sociale égal à 50 €/an/bénéficiaire et 150 €/an/bénéficiaire pour les femmes enceintes.

(2) Optique : les forfaits incluent la prise en charge de l'intégralité du Ticket Modérateur (100 % du TM). Le remboursement est limité à une paire de lunettes tous les 2 ans pour les adultes et une paire de lunettes par an pour les enfants jusqu'au 31 décembre de leurs 18 ans. Dans tous les cas, la limitation à une paire tous les 2 ans ne s'applique pas : en cas d'évolution de la vue, sur justificatif de l'opticien ou de l'ophtalmologue et en cas de prescription à la même date d'une paire de lunettes pour la vision de près et d'une paire de lunettes pour la vision de loin.

La période de 12 ou 24 mois s'appréciera à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (de la 1<sup>re</sup> partie d'équipement en cas d'équipement partiel). Lorsqu'un assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement optique en deux temps (d'une part la monture et d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

Verres simples : verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal

## DENTAIRE

Votre garantie couvre au minimum le Ticket Modérateur laissé à votre charge par la Sécurité sociale sur les actes qu'elle rembourse, sans limite en montant ou nombre d'actes. Lorsque votre garantie prévoit d'aller au-delà, votre remboursement s'applique dans la limite des frais réellement engagés, et des niveaux et nombre d'actes prévus au tableau de garanties ci-dessous.

|   | ESSENTIEL  | RENFORT           | EXIGENCE          |
|---|------------|-------------------|-------------------|
| Actes dentaires pris en charge par la Sécurité sociale (dont prise d'empreinte) | 100 % BR   | 100 % BR          | 100 % BR          |
| Inlay/ onlay  | 100 % BR   | 100% BR+100€/dent | 100% BR+150€/dent |
| <b>Forfait Prothèses dentaires</b>  |            |                   |                   |
| <b>Prothèses fixes<sup>(3)</sup> (dont inlay-core et autres prothèses)</b>      |            |                   |                   |
| Années 1 à 2  | 200 €/dent | 340 €/dent        | 400 €/dent        |
| Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>                                     | 270 €/dent | 410 €/dent        | 470 €/dent        |
| <b>Prothèses mobiles</b>  |            |                   |                   |
| Années 1 à 2  | 200 €/an   | 340 €/an          | 480 €/an          |
| Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>                                     | 270 €/an   | 410 €/an          | 550 €/an          |
| Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup>              | 100 % BR   | 100 % BR          | 100 % BR          |

## ACOUSTIQUE ET AUTRES APPAREILLAGES

Votre garantie couvre au minimum le Ticket Modérateur laissé à votre charge par la Sécurité sociale sur les actes qu'elle rembourse, sans limite en montant ou nombre d'actes. Lorsque votre garantie prévoit d'aller au-delà, votre remboursement s'applique dans la limite des frais réellement engagés, et des niveaux et nombre d'actes prévus au tableau de garanties ci-dessous.

|  | ESSENTIEL | RENFORT  | EXIGENCE |
|--|-----------|----------|----------|
| <b>Pour les enfants et les jeunes de 2 ans à 20 ans et pour les personnes, quel que soit leur âge, qui souffrent d'un déficit auditif et de cécité</b> |           |          |          |
| Achat par oreille  | 100 % BR  | 100 % BR | 100 % BR |
| Entretien  | 100 % BR  | 100 % BR | 100 % BR |
| <b>Pour les adultes de plus de 20 ans</b>  |           |          |          |
| Achat par oreille  | 100 % BR  | 100 % BR | 100 % BR |
| Entretien  | 100 % BR  | 100 % BR | 100 % BR |
| Autre appareillage pris en charge par la Sécurité sociale  | 100 % BR  | 100 % BR | 100 % BR |



## HOSPITALISATION

### ESSENTIEL      RENFORT      EXIGENCE

|  |                                  |                                  |                                  |
|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Frais de séjour  | 100 % BR                         | 100 % BR                         | 100 % BR                         |
| Honoraires pris en charge par la Sécurité sociale des médecins adhérents au CAS*     | 100 % BR                         | 170 % BR                         | 220 % BR                         |
| Honoraires pris en charge par la Sécurité sociale des médecins non adhérents au CAS* | 100 % BR                         | 150 % BR                         | 200 % BR                         |
| Chambre particulière (limitée à 30 jours/an en psychiatrie)                          | 20 €/jour avec franchise de 48 h | 40 €/jour sans franchise de 48 h | 60 €/jour sans franchise de 48 h |
| Forfait journalier illimité <sup>(5)</sup>   | Frais réels                      | Frais réels                      | Frais réels                      |
| Allocation journalière d'hospitalisation, en option                                  | -                                | 20 €/jour                        | 30 €/jour                        |

à +4,00 dioptries.

Verres complexes : verres à simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.

Verres hypercomplexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

(3) Prothèse fixe : forfait limité à 3 prothèses fixes par an.

(4) Limitation à 6 semestres pour le traitement initial puis 2 semestres supplémentaires et à 2 années de contention.

(5) N'est pas remboursé : le forfait journalier facturé dans le cadre d'un séjour au sein d'établissements médico-sociaux.

## itineo TRIBU

Les prestations sont exprimées en Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et comprennent celles de la Sécurité sociale et de La Mutuelle Générale. Lorsque les prestations sont exprimées en euros, elles s'additionnent à celles de la Sécurité sociale.



### SOINS COURANTS

|  | ESSENTIEL   | RENFORT     | EXIGENCE    |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Honoraires médicaux des médecins adhérents au CAS* dans le cadre du parcours de soins  | 100 % BR    | 170 % BR    | 220 % BR    |
| Honoraires médicaux des médecins non adhérents au CAS* dans le cadre du parcours de soins  | 100 % BR    | 150 % BR    | 200 % BR    |
| Pharmacie et honoraires de dispensation  | 100 % BR    | 100 % BR    | 100 % BR    |
| Petites fournitures (dont semelles orthopédiques et matériel d'amblyopie)  | 100 % BR    | 115 % BR    | 115 % BR    |
| Analyses médicales, Auxiliaires médicaux   | 100 % BR    | 100 % BR    | 100 % BR    |
| Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale  | 100 % BR    | 100 % BR    | 100 % BR    |
| Ostéopathie, Chiropraxie, Réflexologie, Sophrologie, Phytothérapie, Pédiçurie et Podologie non remboursées par la Sécurité sociale | 60 €/an     | 90 €/an     | 120 €/an    |
| Vaccin antigrippal   | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Séance diététique  | 60 €/an     | 120 €/an    | 150 €/an    |
| Psychologue pour les enfants de moins de 14 ans (3 séances par an)   | 20 €/séance | 30 €/séance | 40 €/séance |
| Substituts nicotiques <sup>(1)</sup>   | 50 €/an     | 50 €/an     | 50 €/an     |



### OPTIQUE - DENTAIRE - ACOUSTIQUE ET AUTRES APPAREILLAGES

#### OPTIQUE <sup>(2)</sup>

Pour plus de précisions sur votre garantie optique, reportez-vous au renvoi 2.

|   | ESSENTIEL          | RENFORT             | EXIGENCE            |
|---|--------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Adulte</b>   |                    |                     |                     |
| Verre simple (dont supplément d'optique remboursé)                    |                    |                     |                     |
| Années 1 à 2  | 60 €               | 80 €                | 100 €               |
| Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>                           | 80 €               | 100 €               | 120 €               |
| Verre complexe et hypercomplexe (dont supplément d'optique remboursé) |                    |                     |                     |
| Années 1 à 2  | 95 €               | 130 €               | 175 €               |
| Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>                           | 115 €              | 150 €               | 195 €               |
| Monture   | 60 €               | 80 €                | 100 €               |
| <b>Enfant</b>   |                    |                     |                     |
| Verre simple (dont supplément d'optique remboursé)                    |                    |                     |                     |
| Années 1 à 2  | 35 €               | 70 €                | 75 €                |
| Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>                           | 50 €               | 80 €                | 90 €                |
| Verre complexe et hypercomplexe (dont supplément d'optique remboursé) |                    |                     |                     |
| Années 1 à 2  | 85 €               | 120 €               | 150 €               |
| Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>                           | 100 €              | 130 €               | 165 €               |
| Monture   | 30 €               | 60 €                | 100 €               |
| Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale                    | 100 % BR + 50 €/an | 100 % BR + 100 €/an | 100 % BR + 150 €/an |
| Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale                | 80 €/an            | 130 €/an            | 180 €/an            |
| Chirurgie réfractive de l'œil   | 200 €/œil          | 300 €/œil           | 400 €/œil           |

\* CAS : Contrat d'Accès aux Soins

(1) 25 € par mois pendant 2 mois sur prescription, pour un traitement de 3 mois. Forfait remboursé par la Sécurité sociale égal à 50 €/an/bénéficiaire et 150 €/an/bénéficiaire pour les femmes enceintes.

(2) Optique : les forfaits incluent la prise en charge de l'intégralité du Ticket Modérateur (100 % du TM). Le remboursement est limité à une paire de lunettes tous les 2 ans pour les adultes et une paire de lunettes par an pour les enfants jusqu'au 31 décembre de leurs 18 ans. Dans tous les cas, la limitation à une paire tous les 2 ans ne s'applique pas : en cas d'évolution de la vue, sur justificatif de l'opticien ou de l'ophtalmologue et en cas de prescription à la même date d'une paire de lunettes pour la vision de près et d'une paire de lunettes pour la vision de loin.

La période de 12 ou 24 mois s'appréciera à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (de la 1<sup>re</sup> partie d'équipement en cas d'équipement partiel). Lorsqu'un assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement optique en deux temps (d'une part la monture et d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

## DENTAIRE

Votre garantie couvre au minimum le Ticket Modérateur laissé à votre charge par la Sécurité sociale sur les actes qu'elle rembourse, sans limite en montant ou nombre d'actes. Lorsque votre garantie prévoit d'aller au-delà, votre remboursement s'applique dans la limite des frais réellement engagés, et des niveaux et nombre d'actes prévus au tableau de garanties ci-dessous.

|   | ESSENTIEL      | RENFORT                  | EXIGENCE                 |
|---|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Actes dentaires pris en charge par la Sécurité sociale (dont prise d'empreinte) | 100 % BR       | 100 % BR                 | 100 % BR                 |
| Inlay/ onlay  | 100 % BR       | 100 % BR<br>+ 100 €/dent | 100 % BR<br>+ 150 €/dent |
| <b>Forfait Prothèses dentaires</b>  |                |                          |                          |
| <b>Prothèses fixes</b> <sup>(3)</sup> (dont inlay-core et autres prothèses)     |                |                          |                          |
| Années 1 à 2  | 200 €/dent     | 340 €/dent               | 400 €/dent               |
| Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>                                     | 270 €/dent     | 410 €/dent               | 470 €/dent               |
| <b>Prothèses mobiles</b>  |                |                          |                          |
| Années 1 à 2  | 200 €/an       | 340 €/an                 | 480 €/an                 |
| Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>                                     | 270 €/an       | 410 €/an                 | 550 €/an                 |
| Implants  | -              | 250 €/an                 | 500 €/an                 |
| Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup>              | 200 €/semestre | 300 €/semestre           | 400 €/semestre           |

## ACOUSTIQUE ET AUTRES APPAREILLAGES

Votre garantie couvre au minimum le Ticket Modérateur laissé à votre charge par la Sécurité sociale sur les actes qu'elle rembourse, sans limite en montant ou nombre d'actes. Lorsque votre garantie prévoit d'aller au-delà, votre remboursement s'applique dans la limite des frais réellement engagés, et des niveaux et nombre d'actes prévus au tableau de garanties ci-dessous.

|  | ESSENTIEL | RENFORT  | EXIGENCE |
|--|-----------|----------|----------|
| <b>Pour les enfants et les jeunes de 2 ans à 20 ans et pour les personnes, quel que soit leur âge, qui souffrent d'un déficit auditif et de cécité</b> |           |          |          |
| Achat par oreille  | 100 % BR  | 100 % BR | 100 % BR |
| Entretien  | 100 % BR  | 100 % BR | 100 % BR |
| <b>Pour les adultes de plus de 20 ans</b>  |           |          |          |
| Achat par oreille  | 100 % BR  | 100 % BR | 100 % BR |
| Entretien  | 100 % BR  | 100 % BR | 100 % BR |
| Autre appareillage pris en charge par la Sécurité sociale  | 100 % BR  | 100 % BR | 100 % BR |

## H HOSPITALISATION

|  | ESSENTIEL                        | RENFORT                          | EXIGENCE                         |
|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Frais de séjour  | 100 % BR                         | 100 % BR                         | 100 % BR                         |
| Honoraires pris en charge par la Sécurité sociale des médecins adhérents au CAS*     | 145 % BR                         | 190 % BR                         | 230 % BR                         |
| Honoraires pris en charge par la Sécurité sociale des médecins non adhérents au CAS* | 125 % BR                         | 170 % BR                         | 200 % BR                         |
| Chambre particulière (limitée à 30 jours/an en psychiatrie)                          | 40 €/jour avec franchise de 48 h | 60 €/jour sans franchise de 48 h | 80 €/jour sans franchise de 48 h |
| Forfait journalier illimité <sup>(5)</sup>   | Frais réels                      | Frais réels                      | Frais réels                      |
| Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)                                   | 25 €/jour                        | 30 €/jour                        | 35 €/jour                        |
| Allocation journalière d'hospitalisation, en option                                  | 20 €/jour                        | 30 €/jour                        | 45 €/jour                        |

Verres simples : verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

Verres complexes : verres à simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.

Verres hypercomplexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

(3) Prothèse fixe : forfait limité à 3 prothèses fixes par an.

(4) Limitation à 6 semestres pour le traitement initial puis 2 semestres supplémentaires et à 2 années de contention.

(5) N'est pas remboursé : le forfait journalier facturé dans le cadre d'un séjour au sein d'établissements médico-sociaux.

## itineo VITALITÉ

Les prestations sont exprimées en Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et comprennent celles de la Sécurité sociale et de La Mutuelle Générale. Lorsque les prestations sont exprimées en euros, elles s'additionnent à celles de la Sécurité sociale.



### SOINS COURANTS

|  | ESSENTIEL   | RENFORT     | EXIGENCE    |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Honoraires médicaux des médecins adhérents au CAS* dans le cadre du parcours de soins  | 100 % BR    | 170 % BR    | 220 % BR    |
| Honoraires médicaux des médecins non adhérents au CAS* dans le cadre du parcours de soins  | 100 % BR    | 150 % BR    | 200 % BR    |
| Pharmacie et honoraires de dispensation  | 100 % BR    | 100 % BR    | 100 % BR    |
| Petites fournitures (dont semelles orthopédiques et matériel d'amblyopie)  | 100 % BR    | 115 % BR    | 115 % BR    |
| Analyses médicales, Auxiliaires médicaux   | 100 % BR    | 100 % BR    | 100 % BR    |
| Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale  | 100 % BR    | 100 % BR    | 100 % BR    |
| Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale  | 100 €/cure  | 125 €/cure  | 150 €/cure  |
| Ostéopathie, Chiropraxie, Réflexologie, Sophrologie, Phytothérapie, Pédicurie et Podologie non remboursées par la Sécurité sociale | 60 €/an     | 90 €/an     | 120 €/an    |
| Vaccin antigrippal   | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Séance diététique  | 60 €/an     | 120 €/an    | 150 €/an    |
| Substituts nicotiniques <sup>(1)</sup>   | 50 €/an     | 50 €/an     | 50 €/an     |



### OPTIQUE - DENTAIRE - ACOUSTIQUE ET AUTRES APPAREILLAGES

| OPTIQUE <sup>(2)</sup>  |  | Pour plus de précisions sur votre garantie optique, reportez-vous au renvoi 2. |                     |                     |
|---|--|--|---------------------|---------------------|
|   |  | ESSENTIEL  | RENFORT             | EXIGENCE            |
| <b>Adulte</b>   |  |  |                     |                     |
| Verre simple (dont supplément d'optique remboursé)                    |  |  |                     |                     |
| Années 1 à 2  |  | 60 €   | 80 €                | 100 €               |
| Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>                           |  | 80 €   | 100 €               | 120 €               |
| Verre complexe et hypercomplexe (dont supplément d'optique remboursé) |  |  |                     |                     |
| Années 1 à 2  |  | 95 €   | 130 €               | 175 €               |
| Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>                           |  | 115 €  | 150 €               | 195 €               |
| Monture   |  | 60 €   | 80 €                | 100 €               |
| <b>Enfant</b>   |  |  |                     |                     |
| Verre simple (dont supplément d'optique remboursé)                    |  | 100 % BR   | 100 % BR            | 100 % BR            |
| Verre complexe et hypercomplexe (dont supplément d'optique remboursé) |  | 100 % BR   | 100 % BR            | 100 % BR            |
| Monture   |  | 100 % BR   | 100 % BR            | 100 % BR            |
| Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale                    |  | 100 % BR + 50 €/an   | 100 % BR + 100 €/an | 100 % BR + 150 €/an |
| Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale                |  | 80 €/an  | 130 €/an            | 180 €/an            |
| Chirurgie réfractive de l'œil   |  | 200 €/œil  | 300 €/œil           | 400 €/œil           |

\* CAS : Contrat d'Accès aux Soins

(1) 25 € par mois pendant 2 mois sur prescription, pour un traitement de 3 mois. Forfait remboursé par la Sécurité sociale égal à 50 €/an/bénéficiaire et 150 €/an/bénéficiaire pour les femmes enceintes.

(2) Optique : les forfaits incluent la prise en charge de l'intégralité du Ticket Modérateur (100 % du TM). Le remboursement est limité à une paire de lunettes tous les 2 ans pour les adultes et une paire de lunettes par an pour les enfants jusqu'au 31 décembre de leurs 18 ans. Dans tous les cas, la limitation à une paire tous les 2 ans ne s'applique pas : en cas d'évolution de la vue, sur justificatif de l'opticien ou de l'ophtalmologue et en cas de prescription à la même date d'une paire de lunettes pour la vision de près et d'une paire de lunettes pour la vision de loin.

La période de 12 ou 24 mois s'appréciera à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (de la 1<sup>re</sup> partie d'équipement en cas d'équipement partiel). Lorsqu'un assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement optique en deux temps (d'une part la monture et d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

## DENTAIRE

Votre garantie couvre au minimum le Ticket Modérateur laissé à votre charge par la Sécurité sociale sur les actes qu'elle rembourse, sans limite en montant ou nombre d'actes. Lorsque votre garantie prévoit d'aller au-delà, votre remboursement s'applique dans la limite des frais réellement engagés, et des niveaux et nombre d'actes prévus au tableau de garanties ci-dessous.

|   | ESSENTIEL  | RENFORT                  | EXIGENCE                 |
|---|------------|--------------------------|--------------------------|
| Actes dentaires pris en charge par la Sécurité sociale (dont prise d'empreinte) | 100 % BR   | 100 % BR                 | 100 % BR                 |
| Inlay/ onlay  | 100 % BR   | 100 % BR<br>+ 100 €/dent | 100 % BR<br>+ 150 €/dent |
| <b>Forfait Prothèses dentaires</b>  |            |                          |                          |
| <b>Prothèses fixes<sup>(3)</sup></b> (dont inlay-core et autres prothèses)      |            |                          |                          |
| Années 1 à 2  | 200 €/dent | 340 €/dent               | 400 €/dent               |
| Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>                                     | 270 €/dent | 410 €/dent               | 470 €/dent               |
| <b>Prothèses mobiles</b>  |            |                          |                          |
| Années 1 à 2  | 250 €/an   | 390 €/an                 | 480 €/an                 |
| Années 3 et suivantes <b>Bonus fidélité</b>                                     | 320 €/an   | 460 €/an                 | 550 €/an                 |
| Implants  | -          | 250 €/an                 | 500 €/an                 |
| Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup>              | 100 % BR   | 100 % BR                 | 100 % BR                 |

## ACOUSTIQUE ET AUTRES APPAREILLAGES

Votre garantie couvre au minimum le Ticket Modérateur laissé à votre charge par la Sécurité sociale sur les actes qu'elle rembourse, sans limite en montant ou nombre d'actes. Lorsque votre garantie prévoit d'aller au-delà, votre remboursement s'applique dans la limite des frais réellement engagés, et des niveaux et nombre d'actes prévus au tableau de garanties ci-dessous.

|  | ESSENTIEL | RENFORT  | EXIGENCE |
|--|-----------|----------|----------|
| <b>Pour les enfants et les jeunes de 2 ans à 20 ans et pour les personnes, quel que soit leur âge, qui souffrent d'un déficit auditif et de cécité</b> |           |          |          |
| Achat par oreille  | 100 % BR  | 100 % BR | 100 % BR |
| Entretien  | 100 % BR  | 100 % BR | 100 % BR |
| <b>Pour les adultes de plus de 20 ans</b>  |           |          |          |
| Achat par oreille  | 400 €     | 600 €    | 750 €    |
| Entretien  | 200 €/an  | 200 €/an | 200 €/an |
| Autre appareillage pris en charge par la Sécurité sociale  | 100 % BR  | 125 % BR | 150 % BR |



## HOSPITALISATION

|  | ESSENTIEL                        | RENFORT                          | EXIGENCE                         |
|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Frais de séjour  | 100 % BR                         | 100 % BR                         | 100 % BR                         |
| Honoraires pris en charge par la Sécurité sociale des médecins adhérents au CAS*     | 145 % BR                         | 190 % BR                         | 230 % BR                         |
| Honoraires pris en charge par la Sécurité sociale des médecins non adhérents au CAS* | 125 % BR                         | 170 % BR                         | 200 % BR                         |
| Chambre particulière (limitée à 30 jours/an en psychiatrie)                          | 40 €/jour avec franchise de 48 h | 60 €/jour sans franchise de 48 h | 80 €/jour sans franchise de 48 h |
| Forfait journalier illimité <sup>(5)</sup>   | Frais réels                      | Frais réels                      | Frais réels                      |
| Allocation journalière d'hospitalisation, en option                                  | 20 €/jour                        | 30 €/jour                        | 45 €/jour                        |

Verres simples : verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

Verres complexes : verres à simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.

Verres hypercomplexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

(3) Prothèse fixe : forfait limité à 3 prothèses fixes par an.

(4) Limitation à 6 semestres pour le traitement initial puis 2 semestres supplémentaires et à 2 années de contention.

(5) N'est pas remboursé : le forfait journalier facturé dans le cadre d'un séjour au sein d'établissements médico-sociaux.

## 5 > MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ

Les demandes de remboursement doivent, pour un traitement rapide, être transmises au Centre de gestion de La Mutuelle Générale, de préférence dans les six (6) mois qui suivent le paiement par un régime d'assurance maladie obligatoire, ou suivant la facturation pour les actes non pris en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire.

Au-delà du délai de prescription de deux (2) ans prévu par le Code de la mutualité, aucun remboursement ne sera accepté. Les frais liés à la production des pièces justificatives sont à la charge de l'Adhérent.

### 5.1 • REMBOURSEMENTS

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989, les remboursements ou les indemnités de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'assureur de son choix.

**Le remboursement est effectué selon le niveau choisi, conformément au tableau des garanties figurant sur la demande d'adhésion.**

**Les limites de remboursement exprimées par an s'entendent par Année d'assurance.**

**Les limites de remboursements sont calculées par Bénéficiaire.**

Pour les affections prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale, la garantie intervient au-delà du ticket modérateur dans la limite du tableau de garantie figurant sur la demande d'adhésion. Les prestations forfaitaires sont dues intégralement.

Les prestations exprimées en pourcentage sont calculées sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale en vigueur à la date des soins.

Pour être remboursés, les frais médicaux et chirurgicaux doivent être :

- expressément prévus dans la formule de garantie mentionnée sur le Certificat d'adhésion en vigueur à la date des soins ;
- prescrits par une autorité médicale qualifiée ;
- effectués pendant la période de garantie ;
- pris en charge par la Sécurité sociale sauf cas expressément indiqués dans les tableaux de garanties.

### 5.2 • PIÈCES JUSTIFICATIVES

Vous devez adresser au Centre de gestion dans les meilleurs délais, les pièces indiquées ci-dessous.

- Soins remboursés par la Sécurité sociale :
  - les originaux des décomptes sauf dans le cas de télétransmission avec votre caisse de Sécurité sociale (NOÉMIE),
  - les factures acquittées et détaillées ;
- Soins non remboursés par la Sécurité sociale :
  - la prescription médicale,
  - les factures acquittées et détaillées ;
- Hospitalisation :
  - le bulletin d'hospitalisation,
  - les factures acquittées et détaillées.

Pour bénéficier de l'avance des frais liés à une hospitalisation, il faut en faire la demande auprès de votre Centre de gestion.

- Allocation Journalière d'Hospitalisation :
  - le bulletin de séjour ou les factures détaillées.

## 6 > LES COTISATIONS

### 6.1 • COTISATION DE LA GARANTIE SANTÉ

La cotisation est fonction du régime de Sécurité sociale de chaque Bénéficiaire, de la formule de garantie, de l'âge de chaque Bénéficiaire (en cours d'adhésion, la cotisation évolue en fonction de cet âge), du département de résidence de l'Adhérent.

L'âge est calculé par différence de millésime, c'est-à-dire par différence entre l'année d'effet de la garantie et l'année de naissance du Bénéficiaire.

Pour le troisième (3<sup>e</sup>) enfant inscrit en qualité d'ayant droit et les suivants, la cotisation est gratuite jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 17 ans.

### 6.2 • COTISATION DE LA GARANTIE ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION

La cotisation est fonction du montant de l'Allocation Journalière d'Hospitalisation et de l'âge de chaque Bénéficiaire (en cours d'adhésion, la cotisation évolue en fonction de cet âge).

L'âge est calculé par différence de millésime, c'est-à-dire par différence entre l'année d'effet de la garantie et l'année de naissance du Bénéficiaire.

Pour le troisième (3<sup>e</sup>) enfant inscrit en qualité d'ayant droit et les suivants, la cotisation est gratuite jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 17 ans.

### 6.3 • PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.

Dans le cas d'un règlement mensuel, la cotisation est payable obligatoirement par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal.

### 6.4 • EXONÉRATION DE COTISATION EN CAS DE DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

En cas de décès de l'Adhérent, les ayants droit bénéficient du maintien des garanties avec exonération du paiement des cotisations durant les deux (2) mois qui suivent le décès.

Pendant cette période, les ayants droit n'ont pas la possibilité de modifier les garanties Santé et Allocation Journalière d'Hospitalisation à la hausse ou d'affilier de nouveaux ayants droit à l'exception des nouveau-nés et/ou enfants adoptés si l'inscription intervient dans les trois (3) mois qui suivent la naissance ou l'adoption.

### 6.5 • EXONÉRATION DE COTISATION POUR TOUT NOUVEAU-NÉ OU ENFANT ADOPTÉ

Les six (6) premiers mois de cotisation sont gratuits pour tout nouveau-né ou enfant adopté à condition d'être inscrit comme ayant droit à *itineo santé* dans les trois (3) mois qui suivent sa naissance ou son adoption.

### 6.6 • VARIATIONS DES COTISATIONS

Outre l'évolution en fonction de l'âge, les cotisations peuvent évoluer en fonction de la variation du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) et des résultats techniques du contrat collectif *itineo santé*.

De même, les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes d'assurance maladie obligatoire ou de la législation fiscale ou sociale.

### 6.7 • CHANGEMENT GÉNÉRANT UNE MODIFICATION DE LA COTISATION EN COURS D'ANNÉE

L'Adhérent doit informer La Mutuelle Générale dans le mois qui suit tout changement générateur d'une modification de la cotisation :

- changement de département de résidence de l'Adhérent ;
- changement de régime d'assurance maladie obligatoire de l'Adhérent ou de tout ayant droit.

### 6.8 • SANCTION EN CAS DE NON-PAIEMENT DE LA COTISATION

En cas de non-paiement de la cotisation ou de la fraction de cotisation appelée dans les dix (10) jours de son échéance, l'Adhérent est informé par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu, qu'à défaut de règlement dans les quarante (40) jours qui suivent l'envoi de cette mise en demeure, il est exclu du groupe assuré ainsi que ses ayants droit en application de l'article L. 221-8 II du Code de la mutualité.

À compter de l'exclusion du groupe, les garanties prennent fin et les dépenses afférentes à des soins prescrits ou effectués ne sont pas remboursées.

## 7 > EXONÉRATION, SOUS CONDITIONS, DE COTISATION EN CAS DE CHÔMAGE

### 7.1 • OBJET

Cette garantie a pour objet d'exonérer l'Adhérent du paiement de sa cotisation, en cas de Chômage Total suite au licenciement économique de l'Adhérent ou de son Conjoint inscrit en qualité d'ayant droit à *itineo santé*, dans les conditions définies ci-après.

### 7.2 • CONDITIONS D'APPLICATION DE LA GARANTIE

Les conditions pour prétendre à bénéficier de l'Exonération sous conditions, de cotisation en cas de chômage sont :

- ne pas avoir atteint l'âge permettant de bénéficier d'une retraite à taux plein ;
- justifier d'une ancienneté d'au moins douze (12) mois à *itineo santé* à la date de licenciement pour motif économique ;
- occuper, depuis au moins douze (12) mois à la date du licenciement pour motif économique, un emploi salarié à durée indéterminée ouvrant droit aux allocations versées par le Pôle emploi.

**Tout licenciement intervenu avant l'adhésion ou au cours des douze (12) premiers mois d'ancienneté à *itineo santé*, ne donne jamais lieu à l'exonération de cotisation.**

### 7.3 • EXCLUSIONS

**Événements occasionnant directement ou indirectement la perte d'emploi de l'Adhérent ou de son Conjoint mais ne donnant pas lieu à l'application de la garantie :**

- rupture du contrat de travail en période d'essai ;
- fin d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de travail temporaire ;
- démissions volontaires, légitimes ou non, même si elles sont indemnisées par le Pôle emploi ;
- chômage partiel ou saisonnier ;
- cessation d'activité dans le cadre d'une convention de conversion ;
- licenciement pour faute grave ou lourde ;
- départ en retraite, en préretraite ou autre forme de cessation d'activité dont la réglementation implique l'absence de recherche d'un nouvel emploi ;
- cessation d'activité résultant d'un accord entre l'employeur et le salarié dit « départ négocié », y compris ceux donnant lieu à indemnisation par le Pôle emploi ;
- rupture conventionnelle ;

- licenciement de l'Adhérent salarié par son Conjoint, ascendant, descendant, collatéral ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son Conjoint, ascendant, descendant, collatéral ;
- licenciement du Conjoint salarié de l'Adhérent, ascendant, descendant, collatéral ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son Conjoint, ascendant, descendant, collatéral.

### 7.4 • MONTANT DE L'EXONÉRATION DE COTISATION

L'Adhérent, tant que le Chômage Total persiste, est exonéré du paiement d'une fraction de sa cotisation équivalente au douzième (12<sup>e</sup>) du montant de la cotisation totale annuelle (toutes options confondues) au titre de *itineo santé*, sous réserve du paiement effectif par l'Adhérent des cotisations dues au jour du Chômage Total.

### 7.5 • FRANCHISE

Pour donner droit à une exonération de cotisation, le Chômage Total doit être indemnisé par le Pôle emploi durant une période continue de douze (12) mois. Le premier (1<sup>er</sup>) jour de cette période correspond au premier (1<sup>er</sup>) jour du versement des allocations Pôle emploi (allocation d'aide au retour à l'emploi), au titre du Chômage Total garanti.

**L'exonération de cotisation débute à compter du premier (1<sup>er</sup>) jour du treizième (13<sup>e</sup>) mois du versement d'allocations par le Pôle emploi.**

**Une nouvelle Franchise de douze (12) mois est appliquée entre deux (2) périodes de Chômage Total garanti.**

### 7.6 • DURÉE MAXIMUM D'EXONÉRATION DE COTISATION

Après expiration de la Franchise, la durée maximum de l'exonération de cotisation est de douze (12) mois au titre d'une seule et même période continue de Chômage Total.

**Une nouvelle Franchise de douze (12) mois est appliquée entre deux (2) périodes d'indemnisation.**

Tout mois de Chômage Total commencé est intégralement exonéré de cotisation.

À l'issue d'une période d'exonération, l'Adhérent ou son Conjoint inscrit en qualité d'ayant droit à *itineo santé* peut prétendre à une nouvelle période d'exonération sous réserve de totaliser à nouveau douze (12) mois d'ancienneté dans un nouvel emploi et avoir fait l'objet d'un licenciement pour motif économique.

## 7.7 • DÉCLARATION

La perte d'emploi doit être déclarée dans les douze (12) mois qui suivent sa survenance. Au-delà, l'exonération de cotisation s'effectue à compter du premier (1<sup>er</sup>) jour du mois suivant la date de déclaration. En tout état de cause, la période d'exonération ne peut se poursuivre au-delà du vingt-quatrième (24<sup>e</sup>) mois de Chômage Total.

## 7.8 PIÈCES À FOURNIR

Après la déclaration de perte d'emploi, devront être adressés à La Mutuelle Générale les documents suivants :

- la lettre d'admission au bénéfice des allocations d'assurance chômage délivrée par le Pôle emploi,
- les décomptes d'allocations Pôle emploi depuis l'origine.

Par la suite, afin de continuer à bénéficier de l'exonération de cotisation, l'Adhérent devra fournir chaque mois à La Mutuelle Générale et sans interruption les décomptes d'allocations Pôle emploi. À défaut, l'exonération de cotisation sera suspendue.

Par ailleurs, La Mutuelle Générale peut demander tout document complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

## 7.9 • CESSATION DE L'EXONÉRATION

L'exonération de cotisation cesse à la fin du mois de survenance de l'un des événements suivants :

- la reprise d'une activité salariée rémunérée totale ou partielle ;
- la cessation du versement des allocations par le Pôle emploi ;
- la cessation d'activité professionnelle ;
- la résiliation des garanties ;
- le décès de l'Adhérent ou de son Conjoint qui était au Chômage Total.

## 7.10 • CESSATION DE GARANTIE

**La garantie cesse de plein droit dès la survenance de l'un des événements suivants :**

- en cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance annuelle du 31 décembre ;
- en cas de dénonciation du contrat collectif par l'ANACCS à l'échéance annuelle ;
- à la date où l'Adhérent cesse de bénéficier de la garantie Santé du contrat *itineo santé* ;
- au 31 décembre de l'année où l'Adhérent atteint l'âge permettant de bénéficier d'une retraite à taux plein ;
- en cas de cessation d'activité professionnelle ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- en cas de démission par l'Adhérent de l'ANACCS.

## 7.11 • MODIFICATION DES GARANTIES OU DE L'ADHÉSION PENDANT LA PÉRIODE D'EXONÉRATION DE LA COTISATION

**Pendant la période d'exonération de cotisation, l'Adhérent ne peut pas modifier ses garanties à la hausse, ni affilier un nouvel ayant droit à l'exception d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté.**

## 8 > LA VIE DE L'ADHÉSION

### 8.1 CHANGEMENT DE SITUATION DES BÉNÉFICIAIRES

L'Adhérent doit informer La Mutuelle Générale, au plus tard dans le mois suivant l'événement, de tout changement dans la situation d'un Bénéficiaire des prestations :

- changement d'adresse (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ;
- changement de coordonnées bancaires ;
- modification de la composition familiale, notamment naissance, mariage, décès ;
- perte de la qualité d'ayant droit ;
- changement de numéro de Sécurité sociale, changement de caisse primaire d'assurance maladie ou de centre de paiement.

En cas d'éligibilité à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), l'Adhérent peut modifier son contrat afin de basculer sur l'offre prévue à cet effet.

### 8.2 TERME DES GARANTIES

#### 8.2.1 Résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Adhérent

L'adhésion prend fin en cas de résiliation notifiée à La Mutuelle Générale par lettre recommandée au moins deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année en cours.

Aucune résiliation ne peut être acceptée en cours d'année, sauf dans les cas visés ci-après :

- si l'Adhérent apporte la preuve qu'un accord d'entreprise ou une convention collective impose son affiliation obligatoire à un autre organisme. Dans ce cas, la résiliation de l'adhésion sera effective au premier (1<sup>er</sup>) jour du mois qui suit la réception de la demande écrite et justifiée ;
- en cas de modification de ses droits et obligations, l'Adhérent dispose d'une faculté de résiliation dans les conditions définies à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité ;
- lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies. Dans ce cas, la résiliation de l'adhésion sera effective au premier (1<sup>er</sup>) jour du mois suivant qui suit la réception de la demande écrite et justifiée ;
- en cas de modification de la cotisation résultant de la survenance d'un des événements suivants :
  - changement de régime obligatoire,
  - changement du département de résidence de l'Adhérent. La résiliation de l'adhésion doit être notifiée à La Mutuelle Générale par lettre recommandée avec avis de réception dans le mois suivant la date de déclaration figurant sur le Certificat d'adhésion correctif. La résiliation prendra effet un (1) mois après réception de la demande de résiliation.

#### 8.2.2 Résiliation de l'adhésion à l'initiative de La Mutuelle Générale

L'adhésion est résiliée dans les cas suivants :

- non-paiement des cotisations ;
- démission par l'Adhérent de l'ANACCS, dans ce cas l'adhésion prend automatiquement fin à la date de prise d'effet de la démission.

Le terme des garanties entraîne purement et simplement la cessation immédiate des droits pour l'Adhérent et ses ayants droit.

# **Assistance à Domicile**

Cette notice d'information présente **LES GARANTIES D'ASSISTANCE** destinées aux sociétaires de l'Association Nationale des Adhérents de Contrats Collectifs (ANACCS), **Bénéficiaires du contrat *itineo santé* et membres participants de La Mutuelle Générale.**

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 – CS 40000 – 79033 NIORT CEDEX 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 61 rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09. Elles sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES, 118 avenue de Paris – 79000 NIORT.

**IMA ASSURANCES** intervient 24h/24, 7j/7  
sur simple appel téléphonique.

Retrouvez les coordonnées du service d'Assistance à Domicile  
dans votre guide Adhérent.

# SOMMAIRE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>DÉFINITIONS .....</b>   | <b>30</b> |
| <b>1 • LA VIE DU CONTRAT .....</b>   | <b>31</b> |
| 1.1. Durée des garanties .....   | 31        |
| 1.2. Subrogation .....   | 31        |
| 1.3 Prescription .....   | 31        |
| 1.4. Protection des données personnelles .....                                       | 31        |
| 1.5. Réclamations – médiation .....  | 31        |
| <b>2 • CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES .....</b>                              | <b>32</b> |
| 2.1. Faits générateurs .....   | 32        |
| 2.2. Intervention .....  | 32        |
| 2.3. Pièces justificatives .....   | 32        |
| <b>3 • LIMITATIONS, EXCLUSIONS ET DÉCHÉANCES À L'APPLICATION DES GARANTIES .....</b> | <b>33</b> |
| 3.1. Délai de demande d'assistance .....   | 33        |
| 3.2. Exclusions .....  | 33        |
| 3.3. Fausses déclarations .....  | 34        |
| 3.4. Circonstances exceptionnelles .....   | 34        |
| <b>4 • GARANTIES D'ASSISTANCE .....</b>  | <b>35</b> |
| 4.1. Aide à Domicile .....   | 35        |
| 4.2. Location de téléviseur .....  | 35        |
| <b>5 • GARANTIES COMPLÉMENTAIRES FAMILLE .....</b>                                   | <b>36</b> |
| 5.1. En cas de séjour en maternité .....   | 36        |
| 5.2. Prise en charge des enfants .....   | 36        |
| 5.3. Prise en charge des enfants malades ou accidentés .....                         | 36        |
| 5.4. École à Domicile .....  | 37        |
| 5.5. Prise en charge des ascendants .....  | 37        |
| <b>6 • INFORMATIONS ET CONSEILS .....</b>  | <b>38</b> |
| 6.1. Informations juridiques liées à la naissance d'un enfant .....                  | 38        |
| 6.2. Informations médicales liées à la naissance d'un enfant .....                   | 38        |
| 6.3. Soutien psychologique .....   | 38        |
| 6.4. Second avis médical .....   | 38        |

## DÉFINITIONS

### Accident

Tout événement soudain, imprévisible et violent, extérieur à la victime, et indépendant de sa volonté, constituant la cause d'une atteinte corporelle.

### Aidant

Le Bénéficiaire qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un Proche, Personne dépendante, et qui n'est pas salarié pour cette aide.

### Bénéficiaire

- Tout Adhérent aux contrats collectifs *itineo santé*.
- L'Adhérent doit être domicilié en France.
- Son Conjoint vivant sous le même toit que lui.
- Ses ascendants et ses descendants fiscalement à charge et vivant sous le même toit que lui.

### 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 thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des Hospitalisations.

### Conjoint

L'époux ou l'épouse de l'Adhérent non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le(la) concubin(e) déclaré(e), ou le cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent.

### Domicile

Résidence principale ou secondaire de l'Adhérent et située en France.

### DROM

Départements et Région d'Outre-Mer (Guyane, Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Mayotte).

### France

France Métropolitaine, Andorre, Principauté de Monaco et départements d'outre-mer (Guyane, Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Mayotte).

### Hospitalisation

Tout séjour dans un hôpital ou une clinique consécutif à une Maladie ou à un Accident corporel.

### Immobilisation au Domicile

Obligation de demeurer au Domicile d'une durée supérieure à 5 jours suite à une Maladie non chronique ou à un Accident corporel.

### Maladie

Toute altération soudaine de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un Accident corporel.

### Personne dépendante

État d'une personne qui relève du classement dans les groupes 1 à 4 de la grille Aggir ou relevant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

### Proches

Les ascendants et descendants au 1<sup>er</sup> degré, le Conjoint, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du Bénéficiaire ou à défaut, un Proche désigné par le Bénéficiaire.

# 1 > LA VIE DU CONTRAT

## 1.1 • DURÉE DES GARANTIES

Les garanties d'assistance sont garanties et mises en œuvre durant la période d'adhésion au Contrat *itineo santé*.

Elles cessent de plein droit lorsque l'adhésion prend fin pour tout événement survenant ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

## 1.2 • SUBROGATION

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

## 1.3 • 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– en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;
- 2– en cas de sinistre, que du jour où les Bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des Bénéficiaires contre IMA ASSURANCES a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les Bénéficiaires ou a été indemnisé par 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 ASSURANCES aux Bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les Bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

## 1.4 • PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations transmises par les Bénéficiaires à IMA ASSURANCES sont rigoureusement conformes à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les Bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de communication et de rectification des données les concernant qu'ils peuvent exercer auprès d'IMA ASSURANCES.

## 1.5 • RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

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](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 ASSURANCES mais pas aux Bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

## 2 > CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

### 2.1 • FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties IMA ASSURANCES mentionnées dans cette notice s'appliquent, dans les conditions spécifiées à chaque article en cas :

- d'Accident corporel ou de Maladie, nécessitant une Hospitalisation ou une Immobilisation au Domicile pour les garanties prévues aux articles 4 et 5,
- de séances de chimiothérapie et/ou de radiothérapie pour les garanties décrites à l'article 4.1.2,
- de décès pour les garanties décrites aux articles 4.1.4, 5.2 et 5.5,
- de naissance pour les garanties décrites à l'article 5.1 et 6,
- de séjour en maternité pour les garanties décrites à l'article 5.1, 5.2 et 6,
- de survenance de tout fait traumatisant pour les garanties décrites aux articles 6.3,
- de Maladie ou d'Accident à l'étranger pour la garantie décrite à l'article 6.4.

### 2.2 • INTERVENTION

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des Bénéficiaires.

Pour bénéficier des garanties d'assistance, il est indispensable de contacter, préalablement à toute intervention, IMA ASSURANCES afin d'obtenir un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge des interventions, sauf stipulations spécifiques contraires.

IMA ASSURANCES ne participe pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire a engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui a fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES apprécie leur prise en charge sur justificatifs.

Les garanties ne peuvent se substituer aux interventions des services publics ni aux prestations des organismes sociaux ni à celles des employeurs. Elles n'ont pas vocation, non plus, à remplacer l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison.

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées 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 ou Conjoint pour organiser son retour au Domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du Bénéficiaire.

IMA ASSURANCES peut demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'Hospitalisation, certificat de décès...). De la même façon, IMA ASSURANCES peut demander au Bénéficiaire l'envoi d'une attestation de son entreprise 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. Particularité pour Andorre et Mayotte : pour les Adhérents domiciliés à Andorre et Mayotte, IMA ASSURANCES rembourse l'intervention sur transmission des justificatifs originaux.

Cette prise en charge s'effectue selon les modalités et barèmes retenus en France Métropolitaine.

### 2.3 • PIÈCES JUSTIFICATIVES

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre 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 DÉCHÉANCES À L'APPLICATION DES GARANTIES

### 3.1 • DÉLAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

IMA ASSURANCES apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale. Aussi, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-dessous :

#### Principe

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 30 jours à compter :

- d'une Immobilisation au Domicile,
- de la sortie d'une Hospitalisation,
- d'un décès.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

#### Exceptions

Pour la garantie Aide à Domicile, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter :

- d'une Immobilisation au Domicile,
- de la sortie d'une Hospitalisation,
- d'un décès.

Passé ce délai un décompte est effectué sur les plafonds accordés et la garantie est mise 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).

Aucun délai de demande d'assistance n'est prévu pour la prise en charge des frais de télévision.

### 3.2 • EXCLUSIONS

Les prestations qui n'ont pas été utilisées par le Bénéficiaire, lors de la durée de la garantie, ne font pas l'objet d'une indemnité compensatoire.

#### Sont exclus

- les conséquences de participation volontaire du Bénéficiaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- les conséquences de toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,

- les frais engagés sans l'accord préalable d'IMA ASSURANCES sauf stipulation contraire,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les sinistres survenus en dehors des dates de validité du contrat,
- les conséquences de Maladies bénignes,
- les demandes d'assistance à l'occasion de séjours dans une maison de repos,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, les frais en découlant et leurs conséquences,
- les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire, la tentative de suicide, le suicide,
- les dommages consécutifs à l'usage de médicaments non ordonnés par un médecin, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés ainsi que de l'usage abusif d'alcool,
- les Maladies chroniques,
- les conséquences des situations à risque infectieux en contexte épidémique,
- les immobilisations consécutives à des mesures de mise en quarantaine décidées par les autorités sanitaires,
- la prise en charge des frais médicaux et hospitaliers (à l'exception des frais de télévision couverts selon les dispositions de la clause 4.2),
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui et ses conséquences,
- pour les prestations autres que celles relevant de l'Aide à la naissance (clause 5.1), les demandes relatives à une Immobilisation au Domicile pendant la période de la grossesse dès lors que le risque pathologique était médicalement avéré avant le début de la grossesse,
- les demandes consécutives à des interventions ou traitements d'ordre esthétique,
- les conséquences d'incidents survenus au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si vous utilisez votre propre véhicule.

### 3.3 • FAUSSES DÉCLARATIONS

En cas de fausse déclaration intentionnelle d'un Bénéficiaire concernant la survenance d'un risque couvert par le présent contrat, IMA ASSURANCES peut en application des dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances opposer au Bénéficiaire concerné la nullité de la garantie. En conséquence, dans ce cas, la prestation n'est pas due et IMA peut en exiger le remboursement.

### 3.4 • CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

IMA ASSURANCES s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues dans le contrat.

Cependant, elle ne peut être tenue pour responsable ni de la non-exécution, ni des retards provoqués :

- par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non ;
- par la réquisition des hommes et du matériel par les autorités ;
- par tout acte de sabotage ou de terrorisme ;
- par les conflits sociaux tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out, etc. ;
- par les cataclysmes et catastrophes naturelles (tremblement de terre, éruption volcanique, raz-de-marée, cyclone, glissement de terrain, rupture de barrage, inondation, tempête) ;
- par les dommages ou l'aggravation des dommages causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de la structure du noyau de l'atome, par tous combustibles nucléaires, produits ou rejets radioactifs, toutes sources de rayonnements ionisants ;
- par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat.

## 4 > GARANTIES D'ASSISTANCE

### 4.1 • AIDE À DOMICILE

IMA ASSURANCES organise la venue au Domicile d'une aide ménagère qui 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, dès le premier jour de l'Hospitalisation, au retour au Domicile ou à compter du premier jour d'Immobilisation au Domicile.

#### 4.1.1. En cas d'Hospitalisation urgente ou programmée de plus de 48 heures ou d'immobilisation imprévue au Domicile supérieure à 5 jours du Bénéficiaire

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire ou Conjoint, par IMA ASSURANCES. Elle ne peut dépasser 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 30 jours.

Elle peut s'appliquer dès le premier jour si nécessaire.

Un complément jusqu'à 10 heures maximum peut être accordé en cas :

- d'Hospitalisation de plus de 15 jours,
- ou de présence de jeunes enfants de moins de 8 ans ou de Conjoint dépendant au Domicile.

#### 4.1.2. En cas de chimiothérapie et/ou de radiothérapie du Bénéficiaire

IMA ASSURANCES met à la disposition du Bénéficiaire, une aide à Domicile à concurrence de 2 fois 2 heures après chaque séance en milieu hospitalier dans la limite de 20 heures par année civile. Un complément jusqu'à 10 heures maximum peut être accordé. Ce complément est déterminé en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire ou Conjoint par IMA ASSURANCES.

#### 4.1.3. Le Bénéficiaire a 80 ans et plus et est hospitalisé moins de 48 heures

En cas d'intervention chirurgicale d'un Bénéficiaire âgé de 80 ans et plus nécessitant une Hospitalisation de moins de 48 heures, le Bénéficiaire peut bénéficier des services d'une aide à Domicile d'une durée ne pouvant excéder 8 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 30 jours pendant son Hospitalisation ou à son retour au Domicile.

Il est précisé que les Hospitalisations ambulatoires sont couvertes quand elles sont liées à une intervention chirurgicale.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par IMA ASSURANCES. Elle peut s'appliquer dès le premier jour si nécessaire.

#### 4.1.4. En cas de décès du Conjoint

Le Bénéficiaire peut bénéficier des services d'une aide à Domicile, pendant une période maximale de 30 jours.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par IMA ASSURANCES. Elle ne peut dépasser 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 30 jours. Elle peut s'appliquer dès le premier jour si nécessaire.

### 4.2 • LOCATION DE TÉLÉVISEUR

En cas d'Hospitalisation d'urgence d'un Bénéficiaire, IMA ASSURANCES prend en charge les frais de location d'un téléviseur pour une durée maximale de 30 jours.

Le Bénéficiaire fait parvenir à IMA ASSURANCES l'ensemble des justificatifs de frais de télévision. IMA ASSURANCES constitue alors le dossier et prend en charge ces frais dans la limite du contrat.

## 5 > GARANTIES COMPLÉMENTAIRES FAMILLE

### 5.1 • EN CAS DE SÉJOUR EN MATERNITÉ

Les garanties d'aide à la naissance s'appliquent pendant 3 mois à compter de la date de naissance de l'enfant.

**À l'issue d'un séjour en maternité de moins de 5 jours**, le Bénéficiaire peut bénéficier au retour à Domicile des services d'une aide à Domicile.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 4 heures à raison de 2 heures minimum par intervention.

**Si le séjour en maternité est de 5 jours ou plus et/ou s'il s'agit de naissances multiples**, le Bénéficiaire ou Conjoint peut bénéficier des services d'une aide à Domicile, pendant une période maximale de 30 jours, dans les conditions ci-après : pendant son Hospitalisation pour aider les autres Bénéficiaires au Domicile ou à son retour au Domicile.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire ou Conjoint, par IMA ASSURANCES. Elle ne peut dépasser 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 30 jours après la naissance. Elle peut s'appliquer dès le premier jour si nécessaire.

### 5.2 • PRISE EN CHARGE DES ENFANTS

En cas d'Hospitalisation imprévue de plus de 48 heures ou d'une immobilisation imprévue au Domicile de plus de 5 jours du Bénéficiaire ou Conjoint, et si aucun Bénéficiaire ne peut s'occuper des enfants de moins de 16 ans ou des enfants handicapés, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- soit le déplacement aller-retour d'un Proche résidant en France pour garder les enfants au Domicile ;
- soit le transfert aller-retour des enfants chez un Proche résidant en France ;
  - > **si le Bénéficiaire réside en métropole : prise en charge limitée au sein du territoire métropolitain,**
  - > **si le Bénéficiaire réside dans un DROM : prise en charge limitée au sein de ce seul DROM.**

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

- soit, s'ils sont scolarisés et lorsqu'aucun Proche ne peut se rendre disponible, leur conduite à l'école et retour au Domicile par l'un de ses prestataires à raison d'un aller-retour par jour et par enfant jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 30 jours.

Cette dernière garantie ne s'applique pas dans les DROM.

- soit, dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, la garde des enfants âgés de moins de 16 ans par un intervenant habilité. 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 Cette garantie peut être complétée par l'accompagnement aller et retour des enfants à l'école.

Cette garantie s'exerce également, à concurrence des mêmes montants de garanties et durée d'application, en cas :

- de séjour en maternité de plus de 5 jours,
- de décès de l'un des Bénéficiaires.

### 5.3 • PRISE EN CHARGE DES ENFANTS MALADES OU ACCIDENTÉS

En cas de Maladie imprévue ou d'Accident de l'enfant de moins de 16 ans ou de l'enfant handicapé nécessitant son Immobilisation au Domicile pendant plus de 48 heures et si le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant nécessite la présence d'une personne à son chevet, et que ni le Bénéficiaire, ni son Conjoint ne peuvent assumer cette tâche, IMA ASSURANCES :

- organise et prend en charge le déplacement aller-retour d'un Proche résidant en France pour garder les enfants au Domicile.
  - > **si le Bénéficiaire réside en métropole : prise en charge limitée au sein du territoire métropolitain,**
  - > **si le Bénéficiaire réside dans un DROM : prise en charge limitée au sein de ce seul DROM.**

Ou

- prend en charge la garde des enfants au Domicile à concurrence de 30 heures réparties sur un mois à compter de la date de la Maladie ou de l'Accident.

L'appréciation du médecin doit être confirmée à IMA ASSURANCES par l'envoi ultérieur d'un certificat médical.

## 5.4 • ÉCOLE À DOMICILE

En cas d'Accident ou de Maladie imprévue entraînant une Immobilisation au Domicile et si l'enfant scolarisé se trouve dans l'incapacité médicalement constatée de reprendre ses cours, et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à deux semaines IMA ASSURANCES organise et prend en charge à partir du 15<sup>e</sup> 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 de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires et jours fériés.

Le Bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à IMA ASSURANCES un certificat médical précisant que l'enfant ne peut, compte tenu de son état, se rendre dans son établissement scolaire et la durée prévue de son immobilisation.

## 5.5 • PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

Si à la suite d'une Hospitalisation d'urgence de plus de 48 heures ou d'une immobilisation imprévue au Domicile de plus de 5 jours, du Bénéficiaire, et si aucun Proche ne peut assumer la garde des ascendants vivant habituellement au foyer, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- soit le transfert aller-retour des ascendants chez un Proche résidant en France.
  - > **si le Bénéficiaire réside en métropole : prise en charge limitée au sein du territoire métropolitain,**
  - > **si le Bénéficiaire réside dans un DROM : prise en charge limitée au sein de ce seul DROM.**
- soit, dans l'hypothèse où la solution précédente ne saurait convenir, leur garde à Domicile par l'un de ses intervenants habilités dans la limite de 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès du Bénéficiaire ou de son Conjoint.

## 6 > INFORMATIONS ET CONSEILS

### 6.1 • INFORMATIONS JURIDIQUES LIÉES À LA NAISSANCE D'UN ENFANT

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 8h00 à 19h00, hors jours fériés, un service d'information juridique et vie pratique communique au Bénéficiaire, par téléphone, des renseignements en matière de maternité : déclaration de l'enfant, congés (maternité, paternité, parental), adoption, fiscalité, mode de garde...

### 6.2 • INFORMATIONS MÉDICALES LIÉES À LA NAISSANCE D'UN ENFANT

Une équipe médicale, communique 24h/24 sur simple appel, des informations et conseils médicaux dans le domaine de la santé, les soins du nouveau-né : alimentation, allaitement, sommeil, hygiène, évolution et développement de bébé, vaccinations...

**Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication 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.**

### 6.3 • SOUTIEN 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 d'une durée moyenne de 45 minutes 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 d'un an à compter de la date de survenance de l'événement.

Les événements traumatisants liés à la grossesse, tels qu'un baby blues, rôle du père, difficultés ressenties face à la parentalité, adoption, affectant l'un des Bénéficiaires, sont aussi pris en charge dans cette garantie.

Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à la charge du Bénéficiaire.

En aucun cas, il ne s'agit d'une psychothérapie par téléphone.

#### Aide aux Aidants :

La garantie « soutien psychologique » s'applique également lorsque le Bénéficiaire se retrouve en situation d'« Aidant ».

#### Exclusions relatives à l'accompagnement psychologique :

Pour chacune de ces prestations, la garantie n'intervient pas :

- pour un suivi psychologique alors que le Bénéficiaire est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue,
- dans le cas d'une décompensation psychique grave nécessitant une Hospitalisation en milieu spécialisé.

### 6.4 • SECOND AVIS MÉDICAL

En cas de Maladie ou d'Accident à l'étranger et après avis des médecins consultés localement, l'équipe médicale d'IMA ASSURANCES peut aiguiller et conseiller le Bénéficiaire par rapport au diagnostic réalisé et aux traitements proposés sur place.

# **Maîtrise des frais de santé**

## LE CENTRE DE CONSEIL : S'INFORMER POUR MIEUX DÉCIDER

La Mutuelle Générale accompagne ses Adhérents en leur proposant un service d'informations et de conseils dans le domaine de la santé et du social.\*

Cette plateforme permet aux Adhérents, d'obtenir rapidement et sur simple appel une réponse aux questions qui concernent leur santé grâce à une équipe de conseillers et de professionnels de santé (chirurgiens-dentistes, médecins, opticiens, ou assistantes sociales).

### SERVICES PROPOSÉS

#### Analyse de devis dentaires, optiques, médicaux et de prothèses auditives pour :

- connaître à l'avance les remboursements et le reste à charge,
- comprendre les soins proposés,
- bénéficier de conseils professionnels sur les prix et les prestations,
- choisir le traitement ou l'équipement le plus adapté aux besoins médicaux.

#### Information en santé et social

Le Centre de conseil répond à toutes les questions concernant la santé ou la législation sociale. En cas de difficulté, les Adhérents peuvent bénéficier d'un accompagnement personnalisé par une équipe dédiée et une assistante sociale.

#### Orientation en santé et social

Le Centre de conseil aide les Adhérents à trouver le professionnel ou l'établissement de santé ou médico-social répondant à leurs besoins via une orientation ciblée.

### ENGAGEMENTS DU CENTRE DE CONSEIL

#### Professionalisme et compétences

Les conseillers du Centre de conseil sont formés pour répondre aux questions des Adhérents dans le domaine de la santé et du social.

#### Confidentialité

Le Centre de conseil garantit la totale confidentialité des informations communiquées, qui ne peuvent en aucun cas être cédées ni communiquées à un tiers.

#### Liberté

Les Adhérents conservent en toutes circonstances le libre choix des praticiens et des établissements de soins.

#### Respect des décisions

Le choix ou non de suivre les recommandations du Centre de conseil n'influe en aucun cas sur le montant des remboursements de La Mutuelle Générale.

\* Prestation effectuée par Ligne claire, centre d'appels créé par La Mutuelle Générale, la MNT et la MNH, accessible quel que soit le niveau de garantie choisi.

## KALIVIA : DES TARIFS NÉGOCIÉS AUPRÈS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ PARTENAIRES\*

Présent sur l'ensemble du territoire, le réseau Kalivia regroupe plus de 4 600 opticiens et plus de 3 100 centres d'audioprothèses, pour permettre aux adhérents d'accéder à des prestations de qualité, avec des avantages et des réductions tarifaires. Ils sont engagés contractuellement par la charte qualité Kalivia<sup>1</sup>.

L'objectif de ce service est de réduire le reste à charge, maîtriser l'inflation des coûts, garantir la qualité des prestations, tout en offrant une vraie liberté de choix dans les équipements.

### LES ATOUTS DU RÉSEAU OPTIQUE KALIVIA

- Des tarifs négociés sur présentation de la carte de tiers payant.
- Des équipements adaptés à vos besoins avec des tarifs inférieurs de 40 % en moyenne à ceux habituellement constatés sur le marché pour les verres, - 15 % au minimum sur les montures<sup>2</sup> et - 20 % en moyenne sur les lentilles.
- L'offre Malin permet aux assurés ayant un budget serré d'accéder à un équipement optique à des tarifs très réduits avec un reste à charge limité.
- L'assurance de verres de qualité supérieure, dont la traçabilité est assurée.
- Des garanties et services haut de gamme :
  - **Entretien** : nettoyage, réglages, petites réparations...
  - **Casse** : remplacement de l'équipement pendant un an (30 % de franchise maxi).
  - **Remplacement** en cas d'inadaptation aux verres progressifs et aux lentilles, ou en cas de détérioration des lentilles de contact.
  - **Échange** en cas de défaut du verre : garantie 2 mois sans franchise.
- Des contrôles réguliers de l'évolution de votre vision.

### LES ATOUTS DU RÉSEAU D'AUDIOPROTHÉSISTES KALIVIA

- La dispense d'avance de frais sur présentation de la carte de tiers payant.
- Des tarifs préférentiels sur toutes les gammes d'aides auditives : plus de 500 € d'économie pour un double équipement<sup>3</sup>. Ces tarifs comprennent l'adaptation, le suivi, l'appareil prêt à l'emploi, une garantie panne pendant 4 ans et un kit d'entretien.
- L'offre Prim'Audio à prix serré, pour un tarif maximum de 700 € par oreille (1 400 € TTC pour un double appareillage).
- Une totale liberté de choix parmi les équipements auditifs proposés par l'audioprothésiste partenaire.
- Un dépistage auditif gratuit sans obligation d'achat.
- Un suivi personnalisé et régulier lors de la période d'essai et pendant toute la durée de vie de l'appareil.

### COMMENT ACCÉDER AU SERVICE ?

Pour trouver l'opticien ou le centre d'audioprothèse partenaire le plus proche de chez vous :

- Consultez le site de géolocalisation (accessible sur votre espace adhérent)

\*La Mutuelle Générale garantit à ses adhérents le libre choix de leur professionnel de santé.

1 Charte qualité accessible sur l'espace adhérent.

2 Hormis sur certaines montures de marques non soumises à réduction.

3 Prix moyen constaté sur le marché : 3 600 € pour un double équipement.





**itineo santé** : contrats collectifs facultatifs souscrits par l'ANACCS auprès de La Mutuelle Générale pour les garanties Santé, Allocation Journalière d'Hospitalisation et Exonération, sous conditions, de cotisation en cas de chômage et d'IMA ASSURANCES pour la garantie assistance

**IMA ASSURANCES** : SA au capital de 7 000 000 € – Entreprise régie par le Code des assurances soumise au contrôle de l'ACPR, 61 rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09 – RCS Niort : 481 511 632 – Siège social : 118 avenue de Paris – CS 40000 79033 NIORT CEDEX.

**ANACCS** : Association Nationale des Adhérents de Contrats Collectifs Santé régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 – 6 rue Vandrezanne 75634 PARIS CEDEX 13.

**Ligne claire** est un service proposé par Santé Mutuelle Services, Société par actions simplifiées au capital de 60 060 euros. Siège social : 392 rue des Mercières 69140 RILLIEUX-LA-PAPE – RCS Lyon 438 102 584 – Tout Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression relatif aux informations le concernant détenues par Santé Mutuelle Services, qu'il peut exercer en contactant Ligne claire.

**La Mutuelle Générale** : mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. N° SIREN 775 685 340

