



**Conditions Générales MIEL
Mutuelle Dépendance**

VALANT NOTICE D'INFORMATION

page 2

**Conditions Générales
Assistance Dépendance**

page 8

Conditions Générales MIEL Mutuelle Dépendance

VALANT NOTICE D'INFORMATION

MUTUELLE INTERPROFESSIONNELLE ECONOMIQUE LIGERIENNE "MIEL Mutuelle"
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
N° d'immatriculation RNM : 776 398 786
Siège social : 11 rue du Gris de Lin, 42021 Saint Etienne Cedex 1

TITRE I GENERALITES

Article 1 :

Objet

Le contrat MIEL Mutuelle Dépendance a pour objet d'offrir à ses adhérents, sous conditions, deux garanties :

- un capital versé à la survenance d'un état de dépendance de la personne garantie, tel qu'indemnisable dans les conditions prévues aux présentes, ayant pour finalité de couvrir les premières dépenses afférentes.

- une rente mensuelle viagère versée à la personne garantie reconnue en état de dépendance partielle ou totale, dans les conditions ci-après exposées.

Le service assistance dépendance fait l'objet de conditions générales par acte séparé, annexé aux présentes conditions générales.

Les conditions générales définissent les dispositions applicables aux cotisations et aux prestations liées au contrat dépendance. Elles complètent ou dérogent aux articles du Règlement Mutualiste. Chaque affilié est tenu de s'y conformer.

Elles sont complétées par les conditions particulières (bulletin d'affiliation) qui s'y substituent de plein droit en cas de contradiction.

Elles peuvent faire l'objet de révisions, dans les conditions statutaires régissant MIEL Mutuelle, toute modification sera portée à la connaissance de l'affilié.

Article 2 :

Entrée en vigueur

Les présentes conditions particulières entrent en vigueur le 1er septembre 2009.

Elles s'appliquent à compter de leur date d'entrée en vigueur à l'ensemble des contrats en cours entre les affiliés, d'une part, et la Mutuelle d'autre part.

Elles s'appliquent également à l'ensemble des contrats souscrits à compter de leur date d'entrée en vigueur.

Les modifications portant sur les cotisations et les prestations sont opposables aux affiliés dès leur notification.

Article 3 :

Date d'effet - Durée - Conditions de Résiliation

* Date d'effet

L'adhésion prend effet à compter du premier jour du mois

qui suit l'acceptation écrite du dossier par la Mutuelle, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

* Durée

Le contrat est conclu jusqu'au terme de l'année civile en cours. Il est ensuite renouvelable par tacite reconduction par période d'une année civile.

* Conditions de résiliation

L'affilié souscripteur peut y mettre fin tous les ans en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la date de l'échéance. En cas de résiliation de l'affiliation, les cotisations versées ne sont pas remboursées. Les conditions de résiliation sont stipulées à l'article 8 du Règlement Mutualiste, (à l'exception de la formalité relative à l'envoi de la carte de Tiers Payant), auxquelles s'ajoutent :

- la possibilité pour la Mutuelle de procéder à la radiation du contrat d'affiliation lors de la reconnaissance de l'état de dépendance pendant le délai de carence, dans les conditions citées à l'article 14 des présentes.

- La possibilité pour le souscripteur, en cas de hausse des cotisations, de résilier son contrat par lettre recommandée avec accusé de réception, reçue par la Mutuelle au plus tard 30 jours après la notification de cette modification. La date du cachet de la poste faisant foi, il appartient au souscripteur de conserver l'enveloppe de notification afin de rapporter la preuve du respect du délai contractuel stipulé.

La Mutuelle peut mettre fin à l'affiliation par envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception :

- en cas de fausse déclaration intentionnelle de l'affilié souscripteur ou bénéficiaire; dans cette hypothèse, la résiliation prend effet à compter du premier jour du mois qui suit la réception du courrier de résiliation;

- en cas de non paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 11 des présentes.

Article 4 :

Délai de rétractation

En cas de vente à distance, conformément aux articles L.221-18 et suivants du Code de la mutualité, l'affilié dispose d'un droit de rétractation pouvant être exercé pendant le délai de 14 jours à compter du jour où l'affiliation a pris effet, ou du jour, où sont reçues les conditions contractuelles si cette dernière date est postérieure, sans avoir à justifier de motifs ni à payer de pénalités, par envoi d'un courrier simple au siège de la Mutuelle. En cas d'exercice du droit de rétractation, la Mutuelle rembourse les cotisations éventuellement versées sous trente jours.

L'affilié peut renoncer à ce droit de rétractation en demandant à la Mutuelle à bénéficier des prestations avant la fin du délai de 14 jours. Dans cette hypothèse, le droit de rétractation ne pourra plus être exercé.

Article 5 :

Informatique et Libertés

Pour des besoins de gestion, des données personnelles relatives au dossier du souscripteur et/ou du(des) bénéficiaire(s) sont communiquées aux prestataires de la Mutuelle.

Conformément aux dispositions de la Loi n°78-01 du 6 janvier 1978 modifiée, l'affilié dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données personnelles le concernant en s'adressant gratuitement à : MIEL Mutuelle, 11 Rue du Gris de Lin, 42021 St-Etienne cedex 1.

Article 6 :

Secret médical et bonne conduite

Dans le cadre de la souscription et de l'exécution du contrat, sont collectées et utilisées des données relatives à l'état de santé. Dans ce cadre, MIEL Mutuelle s'engage à respecter les recommandations stipulées dans le Code de bonne Conduite annexé à la convention AERAS.

Notamment :

- le service médical agissant pour le compte de la Mutuelle effectue sa mission dans le strict respect de la déontologie médicale, son personnel est astreint au secret professionnel;
- la Mutuelle veille à l'organisation de la confidentialité et à la protection totale des dossiers et des informations transmises;
- les services administratifs de la Mutuelle ne connaîtront en aucun cas les éléments relatifs à l'état de santé ayant fondé la décision, ni les éléments des contrats ayant trait à l'état de santé;
- le contenu et le traitement des questionnaires de santé respectent les principes édictés par le Code de bonne conduite AERAS;
- la Mutuelle prend les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité des informations relatives à l'état de santé de la personne;
- au cours de l'exécution du contrat, la Mutuelle pourra être amenée à mener des investigations. Le cas échéant, celles-ci seront engagées avec tact et mesure en tenant compte notamment de l'importance du sinistre et de la difficulté pour l'affilié ou ses ayants droit de produire certains justificatifs normalement exigibles.

Conformément aux dispositions de la Loi du 31 décembre 1989 renforçant la garantie offerte aux personnes assurées contre certains risques, la Mutuelle peut refuser à certaines conditions la prise en charge des suites de maladies antérieures à la conclusion du contrat. Elle doit alors apporter la preuve de l'antériorité de la maladie, dans le respect du secret professionnel auquel elle est tenue.

TITRE II OBLIGATIONS DES AFFILIÉS ENVERS LA MUTUELLE

Article 7 :

Affiliés (souscripteur et bénéficiaires)

Les affiliés souscripteurs du contrat sont définis de la façon suivante :

- les personnes physiques âgées de 18 ans au moins et n'ayant pas atteint leur 75ème anniversaire au jour de l'affiliation ayant signé un bulletin d'affiliation et versé une cotisation.

Les affiliés bénéficiaires du contrat sont :

- les affiliés souscripteurs signataires du bulletin d'affiliation,
- et / ou le conjoint ou concubin ou partenaire lié par un PACS au jour de l'affiliation, de l'affilié souscripteur, sous réserve de la fourniture des justificatifs demandés,
- et / ou les ascendants en ligne directe de l'affilié souscripteur (limité aux parents ou grand parents).

Chaque adhésion couvre un affilié unique.

Un affilié peut souscrire à un seul contrat Dépendance de la Mutuelle ; suite à une mise en réduction d'un contrat, il ne pourra pas adhérer à un nouveau contrat dépendance auprès de la Mutuelle.

Article 8 :

Conditions d'affiliation

Par dérogation à l'article 5 du Règlement Mutualiste, en raison de la nature de la souscription du contrat dépendance, qui constitue un acte de disposition, seules les personnes âgées de 18 à 74 ans peuvent souscrire un contrat dépendance de la Mutuelle.

Pour toute affiliation, le bénéficiaire devra se soumettre à une sélection médicale :

- remplir et signer un questionnaire médical simplifié,
- éventuellement répondre à un questionnaire de santé détaillé, transmis par la cellule médicale, notamment en cas de réponse positive à une des questions du questionnaire médical simplifié

- retourner les questionnaires sous pli confidentiel au Médecin-Conseil de MIEL Mutuelle,

- se soumettre à des examens médicaux complémentaires demandés par la cellule médicale, qui seront pris en charge par la Mutuelle.

Le Médecin-Conseil de la Mutuelle sera le seul habilité à analyser ces questionnaires et à demander des examens médicaux complémentaires.

Article 9 :

Formalités d'affiliation et modifications de niveau de garantie ou de situation familiale

L'affiliation est subordonnée à l'acceptation du dossier par la Mutuelle. Les formalités d'affiliation sont obligatoires pour tous les affiliés.

La signature du bulletin d'affiliation emporte acceptation des dispositions des statuts, du Règlement Mutualiste et des présentes conditions générales ainsi que des conditions particulières.

Formalités d'affiliation :

Pour être recevable, les formalités d'affiliation respecteront le principe suivant :

1. l'affilié souscripteur :
 - complète et signe le bulletin d'affiliation,
 - fournit éventuellement son relevé d'identité bancaire, postal

ou caisse d'épargne.

2. l'affilié bénéficiaire :

- fournit un relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne,
- se soumet aux formalités médicales.

Le bulletin d'affiliation doit obligatoirement être accompagné des pièces justificatives nécessaires, dans la forme fixée par la Mutuelle, au moment de l'affiliation, à savoir au jour de l'entrée en vigueur des présentes:

- pour l'ascendant : un extrait du livret de famille justifiant la ou les filiation(s),
- pour les autres bénéficiaires : se conformer à l'article 7 du Règlement Mutualiste,

- pour bénéficiaire de la réduction tarifaire pour toute affiliation à 2 ou plus : un justificatif de résidence commune

L'énoncé des justificatifs et formalités n'est pas limitatif, d'autres justificatifs et/ou formalités pourront le cas échéant être demandés par la Mutuelle.

Toute réticence ou fausse déclaration de la part du souscripteur entraîne la nullité de l'affiliation.

Modification du niveau de garantie ou du montant de la rente :

L'affilié peut à tout moment avant l'entrée en dépendance demander à modifier son niveau de garantie ou montant de rente, sous réserve qu'il n'ait pas atteint l'âge de 70 ans et que la cellule médicale de la Mutuelle accepte sa demande d'évolution.

Le changement de niveau (garanties ou rentes) vers un niveau supérieur s'effectue au 1er jour d'un trimestre civil avec un délai de prévenance d'un mois à compter de la date d'acceptation par la cellule médicale de la Mutuelle.

Le changement de niveau vers un niveau inférieur doit respecter les durées minimales d'affiliation définies ci-dessous. Il doit s'effectuer au 1er jour d'un trimestre civil avec un délai de prévenance d'un mois, à compter de la date d'acceptation par la cellule médicale de la Mutuelle. Cette diminution ne donnera pas lieu à un remboursement partiel des cotisations déjà payées.

L'affilié transmet à la Mutuelle un bulletin de changement de niveau sur lequel sera coché le nouveau niveau de garantie et / ou de montant de rente dans tous les cas, par courrier recommandé avec accusé de réception. Il se soumet à une sélection médicale seulement en cas d'augmentation de sa couverture, l'augmentation devant être acceptée par la Mutuelle pour être effective.

Un nouveau délai de carence sera appliqué pour la différence de garanties, en cas d'augmentation de garanties.

En cas d'augmentation de garanties, le montant de la cotisation sera fixé en fonction de l'âge atteint au moment de la demande de modification des garanties.

Augmentation ou diminution de la garantie principale :

Une seule augmentation et une seule diminution de la garantie principale sont possibles sur toute la durée de vie du contrat. La durée d'affiliation minimale appliquée pour modifier à la baisse son niveau de garanties est :

-Module Initial : 1 année minimum d'affiliation,
-Module Renforcé : 2 années minimum d'affiliation,
-Module Optimal : 3 années minimum d'affiliation.

Augmentation ou diminution du niveau de rente :

Une seule augmentation et une seule diminution du montant de la rente sont possibles par année civile.

La durée d'affiliation minimale pour modifier à la baisse son niveau de rentes est :

- Niveau de rente de 300 € à 600€ : 1 année minimum d'affiliation
- Niveau de rente de 700 € à 1 000€ : 2 années minimum d'affiliation
- Niveau de rente de 1 100 € à 1 500€ : 3 années minimum d'affiliation
- Niveau de rente de 1 600 € à 2 000€ : 4 années minimum d'affiliation.

Souscription au capital 1ères dépenses

L'affilié peut adhérer à l'option Capital 1ères dépenses, accessible pour toute affiliation sur le module Initial à la signature du contrat dépendance ou en cours de vie du contrat, sous réserve qu'il n'ait pas atteint l'âge de 70 ans.

En cas d'affiliation en cours de vie du contrat, il devra remplir un nouveau bulletin d'affiliation et une nouvelle sélection médicale, ces formalités d'affiliation seront à nouveau soumises à validation de la Mutuelle et un nouveau délai de carence sera appliqué au titre de cette option.

L'affiliation à cette option est une action ferme et définitive de la part de l'affilié.

Article 10 :

Paiement des cotisations

Le montant initial de la cotisation est fixé en fonction de l'âge de l'affilié au moment de l'affiliation, de la couverture et du niveau de rente choisis par l'affilié.

Les garanties sont accordées moyennant l'encaissement d'une cotisation annuelle, payable d'avance par prélèvement automatique sur le compte de l'affilié souscripteur ou par chèque, au plus tard le 15 janvier de l'année.

Cette cotisation peut être fractionnée en échéances périodiques payables d'avance par prélèvement :

- soit mensuel, en date du 10 du mois précédant le mois à échoir
- soit trimestriel, en date du 10 du mois précédant le trimestre à échoir
- soit semestriel, en date du 10 du mois précédant le semestre à échoir

Le choix de fractionnement doit être précisé sur le bulletin d'affiliation, faute de choix, il sera appliqué un encaissement par prélèvement trimestriel.

L'affilié souscripteur a la possibilité de modifier à tout moment le fractionnement choisi, en faisant la demande auprès de la Mutuelle.

Article 11 :

Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, il sera fait application des dispositions prévues aux articles L.221-7 et L.221-8 du Code de la mutualité, notamment :

- envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure, suspendant la garantie après un délai de 30 jours si la cotisation n'a pas été versée dans l'intervalle,
- dix jours après l'expiration de ce délai de 30 jours, la Mutuelle sera en droit de résilier l'adhésion.

Toutefois, dans les conditions fixées par les présentes, l'affilié souscripteur pourra se voir proposer une réduction de ses garanties s'il a payé au moins 8 années pleines et consécutives de cotisations.

Cas particulier si l'affilié souscripteur et l'affilié bénéficiaire sont deux personnes différentes :

En cas de décès ou de non paiement des cotisations par le souscripteur, la Mutuelle informe le bénéficiaire du non paiement des cotisations par le souscripteur et lui indique la possibilité de se substituer au paiement de ce dernier. Le bénéficiaire a la possibilité :

- de reprendre le paiement des cotisations, outre tous intérêts et/ou pénalités de retard, et frais consécutifs au défaut de paiement, et ainsi de poursuivre l'affiliation.
- de mettre en réduction son contrat, s'il en fait la demande dans les 30 jours suivants le courrier l'informant de cette possibilité et sous condition que la Mutuelle ait perçu 8 années pleines et consécutives de cotisations.

En cas d'acceptation de la reprise du paiement des cotisations, le bénéficiaire prend à son compte les droits et obligations du souscripteur à savoir le paiement des cotisations et la faculté de modifier ses garanties. Il récupère ainsi le bénéfice des garanties obtenues grâce aux années déjà cotisées par le souscripteur.

En cas de non réponse du bénéficiaire, il perdra le bénéfice de la garantie dépendance souscrite.

En cas d'arrêt du paiement des cotisations, le souscripteur pourra opter pour la mise en réduction de ses garanties, si au moins 8 années de cotisations pleines et consécutives ont été versées à la date d'arrêt du paiement des cotisations.

Dans l'hypothèse d'une mise en réduction, le bénéficiaire accédera en cas de reconnaissance d'un état de dépendance totale par la cellule médicale de la Mutuelle au maintien partiel de la garantie principale (à savoir maintien de la rente, le capital n'étant pas maintenu).

La rente réduite sera alors calculée en multipliant la rente de base par un coefficient de maintien qui dépend du nombre d'années de cotisations payées et de l'âge du bénéficiaire à l'affiliation. Ce coefficient peut vous être communiqué sur simple demande auprès de notre service Marketing.

L'affilié doit en faire la demande dans un délai de 6 mois suivant le dernier mois couvert par un contrat Dépendance. La demande de mise en réduction d'un contrat est une action ferme et définitive à laquelle il ne peut être renoncé.

TITRE III PRESTATIONS

Article 12 :

Prestations dues au titre de la garantie dépendance

Le contrat Dépendance a pour objet de proposer une rente ou un capital précisé au bulletin d'affiliation, en cas de reconnaissance d'un état dépendance qui s'appuie sur deux modes d'évaluation :

- par référence aux trois premiers niveaux de la grille Groupes Iso-Ressources (GIR) correspondant à des degrés de dépendance, définis par le décret d'application n°2008-821 du 21 août 2008. Cette définition pourra être revue si cette grille était modifiée.
- le groupe iso-ressources 1 comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- le groupe iso-ressources 2 concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer ;
- le groupe iso-ressources 3 réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle ;

- par référence à l'impossibilité permanente d'exécuter seul certains actes de la vie quotidienne.

- S'alimenter : capacité à se servir et à manger (porter à la bouche et avaler) de la nourriture préalablement préparée et mise à disposition.
- S'habiller / se déshabiller : capacité à s'habiller et se déshabiller (le tronc et les membres inférieurs y compris les pieds), avec recours éventuel à des événements adaptés.
- Se laver et aller aux toilettes : capacité à satisfaire, de façon spontanée et non incitée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles (soit se laver une fois par jour le torse et les parties intimes) – capacité à assurer régulièrement, de façon spontanée et non incitée, l'hygiène de l'élimination urinaire et anale.
- Se déplacer : capacité à se lever, se coucher, s'asseoir et à passer d'une des 3 positions à une autre dans les 2 sens. La rente est payable à terme échu, à la fin du mois en cours, sous réserve que la Mutuelle soit en possession de l'intégralité des documents afférents.

Les contrats de dépendance prévoient la couverture de trois états de dépendance distincts :

Dépendance totale

Est considéré en état de dépendance totale, le bénéficiaire dont l'état de santé est stabilisé et se trouvant pour des raisons médicales dans l'impossibilité totale et permanente, sans l'assistance d'une tierce personne d'effectuer :

- au moins 3 des 4 actes de la vie quotidienne (cités ci-

dessus),

- le bénéficiaire devant appartenir aux groupes Iso-Ressources 1 et 2 (cités ci-dessus).

Lors de la reconnaissance de l'état de dépendance totale par la cellule médicale de la Mutuelle, le bénéficiaire percevra une rente viagère égale à 100% de la rente souscrite.

Dépendance partielle

Est considéré en état de dépendance partielle, le bénéficiaire dont l'état de santé est stabilisé et se trouvant pour des raisons médicales dans l'impossibilité totale et permanente, sans l'assistance d'une tierce personne d'effectuer :

- au moins 2 des 4 actes de la vie quotidienne (cités ci-dessus),
- le bénéficiaire devant appartenir aux groupes Iso-Ressources 3 (cités ci-dessus).

Lors de la reconnaissance de l'état de dépendance partielle par la cellule médicale de la Mutuelle, le bénéficiaire percevra une rente viagère égale à 60% de la rente définie aux contrats d'affiliation souscrits. Si l'état de santé du bénéficiaire évolue vers un état de dépendance totale reconnue par la cellule médicale de la Mutuelle, la rente sera réévaluée à 100% de la rente souscrite et sera versée en date du 10 du mois suivant la reconnaissance de la dépendance totale par la cellule médicale.

Dépendance précoce

La dépendance précoce concerne uniquement les bénéficiaires de moins de 60 ans ayant cotisé pleinement pendant 2 ans et couvre uniquement la dépendance totale, elle est donc définie suivant le même référentiel d'évaluation de la dépendance :

- impossibilité totale et permanente d'exécuter seul 3 des 4 actes de la vie quotidienne (cités ci-dessus),
- appartenance aux groupes Iso-Ressources 1 et 2 (cités ci-dessus).

Lors de la reconnaissance de l'état de dépendance totale précoce par la cellule médicale de la Mutuelle, l'affilié bénéficiaire percevra soit une rente viagère majorée égale à 110% de la rente choisie au bulletin d'affiliation.

Cette rente garantie majorée est valide jusqu'au 60ème anniversaire du bénéficiaire pendant toute la durée de l'état de dépendance totale. Ensuite sa rente garantie est réévaluée à 100% de la rente souscrite et sera versée en date du 10 du mois suivant la date anniversaire de ses 60 ans.

Prestations particulières - Capital 1ères dépenses :

- Cette garantie incluse ou facultative prévoit le versement d'un capital versé en une seule fois dès le premier état de dépendance reconnu par la cellule médicale de la Mutuelle. Le paiement de ce capital est soumis au versement de la première rente et est effectué en même temps que cette dernière. Ce capital peut être :

- fixe d'un montant de 2 000€
- variable suivant le montant de la rente choisie à l'affiliation.

Il peut représenter 3 fois le montant de la rente en cas de dépendance totale ou 1,5 fois le montant de la rente en cas de dépendance partielle.

Service des prestations :

La rente et la date à partir de laquelle elle est allouée sont fixées par la Mutuelle et communiquées à l'affilié sur la base des éléments médicaux et de tous les éléments objectifs en possession de la Mutuelle. L'affilié est réputé accepter ces bases comme étant exactes, à moins qu'il -ou son représentant légal- ne notifie ses objections motivées par lettre recommandée à la Mutuelle dans les trois mois suivant la réception de la notification qui lui est adressée par la Mutuelle.

La Mutuelle peut à tout moment faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle jugera nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation des prestations. Les prestations peuvent être suspendues au regard du résultat de ces contrôles.

Les prestations cessent :

- à la fin du mois qui suit le décès de l'affilié;
- si l'affilié ne répond plus aux conditions d'attribution de la rente.

Déclaration d'un état de dépendance

L'affilié bénéficiaire doit déclarer par écrit tout accident ou toute maladie susceptible d'ouvrir le droit aux prestations prévues par le contrat dépendance au plus tard dans les 90 jours suivant la date à partir de laquelle les prestations sont susceptibles d'être servies.

La déclaration de l'état de dépendance est composée des documents suivants :

- un formulaire de demande de prestations dûment complété par le bénéficiaire (à défaut une personne de son entourage),
- accompagnés des éléments suivants devant impérativement être remplis par le médecin traitant ou hospitalier :
 - * une déclaration de sinistre,
 - * un rapport médical du sinistre,
 - * une grille d'évaluation de l'état de dépendance.

D'autres documents peuvent accompagner la déclaration de dépendance, à savoir :

- la notification de la Sécurité sociale plaçant le bénéficiaire en invalidité 3ème catégorie, à défaut un certificat médical attestant que le bénéficiaire est atteint d'une invalidité totale, permanente et définitive nécessitant l'aide d'une tierce personne,

- les justificatifs suivants correspondant à la situation du bénéficiaire :

En cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans un établissement :

- une attestation d'hébergement en unité de long séjour ou dans une section de cure médicale, le bulletin de situation, le certificat d'admission, l'attestation de présence, le contrat d'hébergement, le certificat de séjour, les factures de frais de séjour.

En cas de maintien à domicile :

- le certificat médical justifiant de l'assistance d'une tierce

personne accompagné, si la tierce personne est rémunérée de justificatifs d'emploi (avis de recouvrement URSSAF, attestation de la mairie ou d'un service social, ou d'une association, bulletins de salaire, contrat de travail...)

- le certificat médical justifiant de soins médicaux à domicile.

En cas de dépendance consécutive à un accident survenu pendant le délai de carence :

- tout document justifiant de la nature de l'accident et de son lien de cause à effet avec la dépendance.

Le cas échéant : tous documents certifiant l'attribution d'une prestation par les pouvoirs publics (type APA) et indiquant le groupe iso-ressources ou autres éléments donnant lieu à cette prestation.

Ces documents ont une valeur indicative pour la Mutuelle, qui effectue elle-même sa propre évaluation du niveau de dépendance du bénéficiaire.

Après examen de la demande de prestations et des pièces justificatives, la Mutuelle se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires au dossier ou de faire vérifier l'état de dépendance du bénéficiaire par le médecin de son choix et ou de faire pratiquer les examens médicaux jugés nécessaires.

En cas de refus de se soumettre à ce contrôle, l'affilié bénéficiaire peut se voir déchoir du droit au versement de la garantie.

Pour sa part, la Mutuelle s'engage à instruire la demande de prestations et à communiquer par courrier sa réponse ou ses demandes complémentaires dans un délai maximum d'un mois suivant la réception du dossier complet de déclaration de dépendance.

Un bénéficiaire dont le dossier aura été refusé par la Mutuelle a la possibilité de représenter à nouveau son dossier aux conditions suivantes :

- un délai de 3 mois minimum doit s'être écoulé depuis la dernière étude du dossier (la date du courrier de refus faisant courir le délai),
- les pièces justificatives actualisées devront être produites, elles devront comporter des éléments nouveaux justifiant de l'aggravation de l'état de santé du bénéficiaire.

La procédure de conciliation en cas de litige

En cas de désaccord, l'affilié doit faire parvenir à la Mutuelle un certificat médical justifiant sa réclamation, ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en place de la procédure de conciliation et précisant qu'il s'engage à avancer les honoraires du tiers expert.

Après réexamen du dossier, la Mutuelle peut proposer à l'affilié la procédure de conciliation suivante :

- La Mutuelle invite son médecin conseil et le médecin du bénéficiaire à désigner un 3ème médecin, choisi parmi les médecins exerçant la médecine experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.
- Les conclusions du 3ème médecin s'imposent aux parties. Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin, les frais d'honoraires du 3ème médecin sont à la charge de la partie n'obtenant pas gain de cause, le bénéficiaire ayant fait l'avance des frais.

- Cette procédure n'est pas appliquée si le médecin du bénéficiaire et le médecin conseil de la Mutuelle s'entendent sur un accord et signe un procès verbal sur l'évaluation de l'état de santé du bénéficiaire.

L'affilié qui refuserait de se soumettre à l'expertise médicale demandée par la Mutuelle ou l'accès à son dossier médical perd ses droits à prestation dépendance.

Contrôle régulier de l'état de dépendance

Au cours du paiement des prestations dépendance, la Mutuelle se réserve le droit de demander à l'affilié bénéficiaire d'une prestation au titre de la dépendance de se soumettre à un examen médical, à ses frais (hors frais de transports et de déplacements éventuels de l'affilié), destiné à apprécier s'il remplit toujours les conditions médicales de cette prestation :

- par l'envoi d'un questionnaire médical,
- par une visite médicale ou expertise médicale pratiquées par le médecin au choix de la Mutuelle.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre au questionnaire médical et/ou à la visite de l'expert, le paiement des prestations cesse.

Cette suspension sera notifiée à l'affilié par lettre recommandée avec demande d'avis de réception et prendra effet à la fin du mois durant lequel a été envoyée la lettre de la Mutuelle. Si pendant ce délai, l'affilié accepte l'examen médical, la suspension sera non avenue.

Par ailleurs, le bénéficiaire devra transmettre une déclaration de vie chaque début de semestre à la Mutuelle (le 2 janvier et le 1er juillet). A défaut de réception dans les 3 mois après chaque échéance semestrielle et ce malgré deux relances de la Mutuelle, l'affilié bénéficiaire perdra ses droits à prestations, sans préavis et sans droit à bénéficier d'une garantie réduite. La prestation sera de nouveau versée le mois suivant la réception de la déclaration de vie, sans rétroactivité.

De plus, l'affilié bénéficiaire devra faire savoir à la Mutuelle par écrit toute évolution de son état de santé (amélioration ou aggravation). En cas de versement de trop perçu de prestations, l'affilié souscripteur s'engage à reverser à la Mutuelle l'excédent.

Article 13 :

Prestations exclues par la Mutuelle

La garantie des contrats Dépendance ne couvre pas les conséquences :

- de faits volontaires ou intentionnels du bénéficiaire, comme les tentatives de suicide, mutilations, l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement, l'abus chronique de consommation de boissons alcoolisées,
- d'accidents où le bénéficiaire présentait un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu par la législation en vigueur,
- de la participation à des paris, défis et duels sauf en cas de légitime défense,
- de la participation active à des émeutes et mouvements populaires, à des actions de terrorisme ou de sabotage,
- d'infractions à la législation en vigueur en France, commises de façon volontaire (crimes et délits),
- de la guerre civile ou étrangère,
- de la participation aux sports suivants : sports de haute montagne, saut à l'élastique, escalade, VTT extrême, plongée subaquatique, spéléologie, sports équestres, sports de

combat, bobsleigh, nautisme, voile,

- de la participation à des démonstrations, des acrobaties, des tentatives de records, lorsqu'elles nécessitent l'utilisation d'un véhicule ou engin à moteur terrestre ou nautique,
- directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur ou de l'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité,
- de maladies ou affections (D322.1 de la Sécurité sociale) survenues antérieurement à la date de prise d'effet des garanties et ayant entraîné un état de dépendance dans les 3 années suivant cette date.

Article 14 :

Délais de versement de la rente

Délai de carence :

Les garanties sont acquises uniquement pour les états de dépendance dont la constatation médicale est postérieure à la date d'effet figurant sur le certificat d'affiliation.

Les garanties prennent effet, sous réserve de la réception de l'ensemble du dossier et de la reconnaissance de l'état de dépendance par la Mutuelle et de l'encaissement de la première cotisation correspondante, dans les conditions suivantes :

- pour les cas de dépendance consécutifs à un accident, aucun délai de carence n'est appliqué. On entend par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. On exclue en revanche toutes les maladies qui se manifestent sous une apparence accidentelle comme les accidents cardio-vasculaires par exemple.

- Un délai de carence de 3 ans débutant à la prise d'effet de l'affiliation pour toutes dépendances consécutives aux maladies suivantes :

- Démence sénile,
- Maladie d'Alzheimer,
- Maladie de Parkinson,
- Sclérose en plaques.

Et toutes les maladies neurologiques ou psychiques médicalement constatées.

- Un délai de carence de 1 an pour toutes les maladies courantes autres que les maladies citées ci-dessus.

Tout état de dépendance reconnu pendant le délai de carence ne donnera lieu à aucune indemnisation. L'affiliation sera résiliée de plein droit et la Mutuelle s'engage à restituer les cotisations déjà payées depuis l'origine, relatives à la garantie principale et à l'éventuelle option, soit un maximum de 3 ans de cotisations (correspondant au délai de carence maximale).

Les cotisations reversées par la Mutuelle n'incluront pas la part correspondant aux cotisations encaissées au titre de la garantie Assistance incluse au contrat.

En revanche, si l'origine de la maladie a lieu pendant le délai de carence avec une reconnaissance de la dépendance postérieure au délai de carence, la garantie dépendance s'applique.

Délai de franchise :

Le droit à prestations est acquis à l'issue d'un délai de franchise de 90 jours défini comme la période continue qui court à compter du lendemain de la date reconnue comme le début de la dépendance par la cellule médicale de la Mutuelle.

Cette date correspondra à la date réelle de l'entrée en dépendance et non à la date de demande à prestations auprès de la Mutuelle. Ainsi, le justificatif servant lieu de référence pour acter cette date sera fourni par le médecin suivant l'affilié (ce médecin s'appuiera sur la définition de la grille AGGIR), sous réserve que le médecin conseil de la Mutuelle valide cet état de dépendance et confirme la date de l'entrée en dépendance fixée par le médecin suivant l'affilié bénéficiaire. En cas de désaccord entre le médecin-conseil de la Cellule médicale de la Mutuelle et le médecin suivant l'affilié bénéficiaire quant à cette date, il sera appliqué la procédure de conciliation définie à l'article 12, sauf à ce que l'affilié bénéficiaire accepte la date d'entrée en état de dépendance proposée par le médecin-conseil de la Mutuelle.

Aucun nouveau délai de franchise ne sera appliqué lors d'un changement d'état de dépendance, à condition de ne pas transiter par une période de non dépendance.

Si l'état de santé du bénéficiaire qui perçoit la rente dépendance partielle s'aggrave, il peut prétendre à la rente dépendance totale ou totale précoce, sans application d'un nouveau délai de franchise. Un délai de 3 mois minimum est requis entre la reconnaissance de l'état de dépendance partielle par la cellule médicale de la Mutuelle et une demande de reconnaissance de la dépendance totale.

Cessation des droits à prestations

Le paiement de la rente cesse d'être du à compter du dernier jour du mois précédent :

- la cessation de l'état de dépendance, sans préjudice pour le bénéficiaire du droit de solliciter à nouveau le bénéfice à prestations en cas de nouvel état de dépendance,

- le décès du bénéficiaire,

De même, la rente dépendance peut être suspendue si le bénéficiaire :

- refuse de se soumettre à la sélection médicale ou à une expertise médicale demandée par la Mutuelle,

- ne transmet pas sa déclaration de vie dans un délai de 3 mois à chaque échéance semestrielle.

- ainsi que dans tous les cas où la Mutuelle se trouverait dans l'impossibilité de vérifier le degré de dépendance dans les conditions définies aux présentes.

Article 15 :

Règles de paiement - Limites

Par dérogation de l'article 23 du règlement mutualiste, les garanties sont accordées moyennant l'encaissement d'une cotisation annuelle, payable d'avance par prélèvement automatique sur le compte de l'affilié souscripteur ou par chèque, au plus tard le 15 janvier de l'année.

Cette cotisation peut être fractionnée en échéances périodiques payables d'avance par prélèvement :

- soit mensuel, en date du 10 du mois précédant le mois à échoir

- soit trimestriel, en date du 10 du mois précédant le trimestre

à échoir

- soit semestriel, en date du 10 du mois précédant le semestre à échoir

Le choix de fractionnement doit être précisé sur le bulletin d'affiliation, faute de choix, il sera appliqué un encaissement par prélèvement trimestriel.

L'affilié souscripteur a la possibilité de modifier à tout moment le fractionnement choisi, en faisant la demande auprès de la Mutuelle.

Exonération des cotisations

En cas de survenance de l'état de dépendance indemnisé tel que garanti au contrat suivant l'option choisie, le bénéficiaire est exonéré du paiement des cotisations afférentes à toutes les garanties qu'il a souscrit à compter de la date d'effet de paiement de la première rente dépendance.

Le bénéficiaire sera à nouveau redevable des cotisations lorsqu'il cesse de relever d'un état de dépendance indemnisable au titre des contrats Dépendance, selon l'option souscrite. Elles seront redevables le mois suivant la réception du courrier signalant le changement de situation.

Mise en réduction d'un contrat

Dès lors que huit années pleines et consécutives de cotisations ont été payées, l'affilié peut demander la réduction de son adhésion et cesser le versement des cotisations. La réduction consiste à maintenir un niveau de garantie alors que les cotisations ne sont plus payées. Elle ne s'applique qu'à la garantie principale dépendance : le montant de la rente garantie est réduit par rapport à sa valeur d'origine. La mise en réduction ne s'applique pas au capital Premières Dépenses. Cette rente réduite s'appelle valeur de réduction.

Avec cette mise en réduction, le bénéficiaire percevra une rente réduite mais uniquement en cas de reconnaissance d'un état de dépendance totale par le médecin conseil de la Mutuelle.

L'affilié doit en faire la demande dans un délai de 6 mois suivant le dernier mois couvert par un contrat Dépendance.

En cas de décès du souscripteur ou de non paiement des cotisations par ce dernier, le bénéficiaire doit faire la demande dans les 30 jours suivants le courrier l'informant de cette possibilité et sous condition que la Mutuelle ait perçu 8 années pleines et consécutives de cotisations.

La mise en réduction d'un contrat est une décision ferme et définitive à laquelle il ne peut être renoncé.

Les valeurs de réduction en fonction de la couverture souscrite sont fixées par le réassureur.

La Mutuelle s'engage à communiquer, sur simple demande, le montant des valeurs de réduction.

Article 16 :

Forclusion – Prescription

Conformément à l'article L.221.11 du Code de la Mutualité, toute action incluse dans les contrats Dépendance est prescrite pour une durée de 2 ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du bénéficiaire, que du

jour où la Mutuelle en a eu connaissance;

- 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.

La prescription est portée à 10 ans lorsque, pour les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, le bénéficiaire n'est pas le souscripteur et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du souscripteur décédé.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au bénéficiaire en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le bénéficiaire à la Mutuelle en ce qui concerne les prestations.

Conditions Générales Assistance Dépendance

Gérée et assurée par Ressources Mutuelles Assistance dénommée dans le contrat l'assisteur
Conditions générales au 01/09/2009

Union Technique d'Assistance soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité et inscrite au Registre National des Mutuelles

sous le n° 444 269 682. Siège social : 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 VERTOU Cedex.

L'affilié, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'assisteur doit communiquer son propre numéro d'affilié.

Article 1 :

Objet de votre contrat

Le présent contrat collectif à adhésion obligatoire n° RMA-MIEL MUTUELLE-02 est souscrit par MIEL MUTUELLE, dont le siège social est à SAINT-ETIENNE (42021), 11, rue du Gris de Lin Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité fondée le 15 février 1905 et immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le numéro 776 398 786, auprès de Ressources Mutuelles Assistance, Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Il a pour objet d'accorder à l'affilié, les garanties d'assistance décrites ci-après. Il est régi par le Code de la Mutualité et la législation en vigueur.

Article 2 :

Les bénéficiaires

Sont couverts par la présente convention :

Pour les articles 8 à 13 :

- L'ensemble des bénéficiaires aux contrats dépendance MIEL Mutuelle.
- Les aidants de ces personnes.

Pour l'article 14 :

- L'ensemble des bénéficiaires aux contrats dépendance MIEL Mutuelle.

Ces prestations seront uniquement accessibles si le bénéficiaire a des droits ouverts au versement de la rente de son contrat dépendance MIEL Mutuelle et s'il ne bénéficie pas d'une rente réduite (après mise en réduction son contrat).

Article 3 :

Durée des garanties

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit, auquel elle est annexée.

La garantie d'assistance est accessible dès l'ouverture au contrat.

A noter que les prestations d'assistance qui n'auront pas été utilisées par l'affilié lors de la durée de garantie excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

Article 4 :

Couverture géographique

La présente convention d'assistance est valable :

- au domicile,

- en France Métropolitaine et Monaco.

Article 5 :

Faits générateurs

Les prestations définies dans la présente convention sont acquises :

- dès l'entrée dans le contrat pour l'information, la prévention et le conseil social,
- lors de l'entrée en dépendance pour les prestations d'aide à la personne, telle que dûment constatée par MIEL Mutuelle (article 14).

L'assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation d'aide et assistance qui correspond le mieux à ses besoins.

Article 6 :

Modalités de mise en oeuvre

POUR CONTACTER L'ASSISTEUR

SANS INTERRUPTION, 24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7

(accès direct au service du lundi au vendredi, de 8h00 à 18h30)

Par téléphone :  0 810 811 159 prix appel local

Par télécopie : 02 51 83 26 31

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro de contrat,
 - de rappeler votre numéro d'affilié
 - de préciser votre nom, prénom et adresse.
- Lors de votre 1er appel, un n° d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'assisteur.

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours reste à la charge des autorités locales médicales.

Article 7 :

Exécution des prestations

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'assisteur, elles seront uniquement prises en charge sur

présentation des justificatifs originaux.

En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire, n'est remboursée par l'assisteur.

De plus, il convient de préciser que l'assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidées par les organismes primaires d'urgence et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.

■ Article 8 :

Informations, conseils par téléphone

Les demandes d'informations téléphoniques sont traitées par un juriste ou une assistante sociale. Les thèmes abordés principalement relèvent d'informations et d'orientations autour de la situation de dépendance. Par extension, il est également possible de faire appel à ce service pour tous conseils juridiques relatifs à la vie du particulier.

Généralement, l'exécution des prestations de renseignements téléphoniques permettra une réponse immédiate de la part de l'assisteur, mais certaines demandes pourront nécessiter de se documenter ou d'effectuer des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris dans les 48 heures.

Les renseignements délivrés par l'assistance sont uniquement téléphoniques, aucune des informations dispensées par les spécialistes de l'assistance ne peut se substituer aux intervenants habituels.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et en aucun cas, la responsabilité de l'assisteur ne pourra être recherchée par le bénéficiaire dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

Remarque : ces prestations ne peuvent se substituer à une consultation juridique et ne sont considérées que comme du conseil.

Exemples de thèmes abordés :

Vie pratique

- Habitation / logement,
- Consommation,
- Vie professionnelle,
- Formalités administratives,
- Services publics,
- Gastronomie,
- Jardinage,
- Vacances,
- Loisirs,
- Activités culturelles...

Protection sociale

- Droits du survivant,
- Pension de réversion,
- Allocation veuvage,
- Aide sociale (APA)...

Juridique

- Justice / défense / recours
- Démarches et droits en cas de litiges..., problème de voisinage...),
- Droit de la famille,
- Succession (droits, protection de la famille...),
- Veuvage (droits du conjoint survivant, aides...),
- Vente de son logement,
- Impôts, fiscalité

■ Article 9 :

Informations santé

Les médecins de l'équipe d'assistance répondent à toutes questions et demandes d'informations et de prévention relatives à la situation de dépendance au sens large :

Santé

- Informations générales sur les pathologies,
- Informations sur les médicaments (traitements, médicaments génériques, effets secondaires des médicaments...),
- Informations sur les vaccinations,
- Informations médicales préliminaires à un voyage (risques sanitaires, vaccinations...),
- Informations médicales liées au vieillissement,
- Problèmes d'alcool, de tabagisme, de poids,
- Associations de malades (diabète, paralysés...)...

Diététique / Alimentation

- Bon équilibre alimentaire,
- Compléments alimentaires,
- Alimentation biologique,
- Régimes en fonction des âges....

Les médecins seront amenés à répondre à toutes les questions spécifiques demandées par le bénéficiaire, voire à prodiguer des conseils personnalisés. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical). En revanche, en aucun cas, ils ne peuvent remplacer les médecins traitants, ni se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription médicale.

De plus, en cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

■ Article 10 :

Accompagnement social spécifique et personnalisé

Tout au long de la vie du contrat dépendance, une équipe de travailleurs sociaux est disponible pour fournir un service d'informations, de conseils et de prévention spécifique sur la dépendance.

Ce service d'assistance doit avant tout informer sur la situation de dépendance et sur les actes de prévention :

- il se situe en relais des dispositifs et institutions pour expliquer les moyens d'évaluation existants,
- il aide et accompagne pour l'instruction des dossiers de demandes d'aides ou de prestations auprès des organismes compétents,
- il oriente vers les structures, organismes et prestataires dédiés,
- il conseille à propos des moyens humains et techniques pour faire face à la dépendance,
- il aide à la recherche de matériel médical spécifique,
- il conseille en matière d'aménagement du logement,
- il informe sur les différents types d'établissements,
- il fournit des informations légales et réglementaires spécifiquement liées à la situation de dépendance,

- il initialise toutes actions de prévention, propose des activités de loisirs et de socialisation, permettant d'éviter, retarder l'entrée en dépendance,
- il apporte des conseils et un soutien spécifique à l'entourage de la personne dépendante, il accompagne l'aidant sur une trajectoire de retour vers l'emploi,
- il recherche des prestataires de services à la personne adaptés et donne les informations réglementaires relatives à ce champ d'activités (NB : l'assistant se charge uniquement de la recherche et de l'organisation des services, la prise en charge financière de la prestation restant à la charge de l'affilié)...

Cette liste étant non exhaustive, des actions personnalisées peuvent être proposées.

■ Article 11 :

Soutien psychologique par téléphone

Dans le cadre d'une situation liée à l'état de dépendance ou en prévention, un service d'écoute assuré par un psychologue clinicien est mis à disposition de l'affilié ou de son aidant.

Ces entretiens téléphoniques de soutien sur rendez-vous sont limités dans le temps et soumis à la confidentialité, leur coût est pris en charge par l'assistanteur.

Ils peuvent donner lieu à un conseil permettant une réorientation vers le réseau des praticiens en ville, si un suivi thérapeutique doit être envisagé.

■ Article 12 :

Recherche de services dans le cadre du maintien à domicile, dès l'entrée en dépendance

12.1 Adaptation du domicile

L'assistanteur peut mettre en relation l'affilié dépendant ou son aidant avec des spécialistes proposant des conseils personnalisés en adaptation de logement :

- conseils sur l'adaptation du logement,
- aide et conseils sur l'interprétation des devis de prestataires et sur les travaux proposés,
- renseignements sur les fournisseurs de matériels spécialisés...

12.2 Télésécurité

Afin de sécuriser le domicile des affiliés, l'assistanteur mettra en relation l'affilié avec des installateurs d'alarmes et apportera des renseignements sur ce type de sécurisation. L'assistanteur s'assurera de la qualité des prestations délivrées par le prestataire.

12.3 Travaux d'aménagement

Pour permettre l'adaptation du domicile de l'affilié dépendant, l'assistanteur recherche les entreprises susceptibles d'établir des devis et a la possibilité de les mettre en relation avec le bénéficiaire.

Après la réception des devis des fournisseurs sur l'aménagement du domicile de l'affilié dépendant, l'assistanteur lui fournit un conseil personnalisé afin d'obtenir les aides

publiques ou privées susceptibles de financer tout ou partie des travaux.

En aucun cas, l'assistanteur ne peut agir comme maître d'œuvre dans les travaux qu'il faut effectuer.

NB : l'assistanteur se charge uniquement de la recherche et de l'organisation des services, la prise en charge financière de la prestation restant à la charge de l'affilié.

12.4 Information médicale spécialisée

A tout moment, l'affilié dépendant ou son aidant peut demander un entretien avec le médecin de la plate-forme médico-sociale pour des conseils personnalisés sur sa pathologie, les conséquences sur sa vie quotidienne, sur les traitements habituels.

Attention, l'assistanteur doit s'assurer que l'interlocuteur est bien l'affilié dépendant, et s'il s'agit de l'aidant, il doit vérifier qu'il est déjà informé de l'état de santé de l'affilié dépendant. Dans le doute, l'assistanteur ne répondra pas aux demandes, mais dans tous les cas ne communiquera aucune information médicale concernant l'affilié dépendant.

12.5 Programme d'entraînement de la mémoire

Dans la continuité du bilan prévention autonomie, l'assistanteur mettra les affiliés en relation avec des associations spécialisées pour débiter un programme (tests, jeux...) visant à renforcer et à entraîner leur mémoire.

■ Article 13 :

Service d'accompagnement vers les établissements

L'équipe de travailleurs sociaux de l'assistanteur accompagne l'affilié dépendant ou son aidant dans son placement en établissement spécialisé :

13.1 Recherche d'établissements spécialisés et / ou temporaires

Sur simple appel téléphonique, l'organisme d'assistance recherche et indique les différentes solutions possibles à proximité du domicile du proche dépendant ou du domicile de l'aidant :

- coordonnées des établissements potentiels,
- caractéristiques des établissements,
- tarifs pratiqués.

L'assistanteur peut prendre en charge la réservation du lit dans l'établissement choisi par l'aidant ou le proche dépendant, sous réserve de l'accord d'admission de l'établissement et de la disponibilité des places.

En revanche, l'organisme d'assistance ne peut garantir l'accord de l'établissement et le nombre de places disponibles.

13.2 Assistance déménagement

L'assistanteur organise le déménagement de l'affilié en cas de changement de domicile ou d'hébergement en établissement spécialisé :

- Aide dans les démarches administratives (lettres type pour informer les organismes du déménagement...)
- Informations sur les entreprises de déménagement, voire mise en relation avec ces entreprises,

- Informations et mise en relation avec les entreprises de nettoyage pour remise en état de l'ancien logement.

13.3 Suivi de la qualité de vie de l'affilié

A la demande de l'affilié ou de son aidant, l'assistante sociale de la plate-forme médico-sociale de l'assistant peut contacter périodiquement l'affilié les premiers mois de son placement en établissement spécialisé afin de :

- maintenir un contact avec l'extérieur (autre que familial),
- connaître le ressenti de l'affilié sur ses conditions de vie dans son nouvel hébergement.

■ Article 14 :

Prestations d'assistance à la personne en cas de dépendance

Ces services d'assistance à la personne seront uniquement déclenchés si l'affilié a des droits ouverts au versement de la rente de son contrat dépendance MIEL Mutuelle.

Pour toutes les demandes de prestations de services d'assistance à la personne, les affiliés doivent contacter l'assistant avant une intervention afin d'obtenir un numéro de dossier, qui seul justifiera une prise en charge de la part de l'assistant.

Dans ce contexte, l'assistant propose au bénéficiaire du contrat dépendance la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, à savoir :

- 1 prestation par année civile en cas de dépendance partielle donnant droit au versement d'une rente dans le cadre du contrat dépendance MIEL Mutuelle,
- 2 prestations par année civile en cas de dépendance totale donnant droit au versement d'une rente dans le cadre du contrat dépendance MIEL Mutuelle,
- 1 prestation en cas d'hospitalisation de plus de 8 jours d'un aidant. Nota : Ce fait générateur est valable une seule fois pendant toute la durée du contrat, soit pour un seul aidant.

La demande doit être formulée par téléphone au maximum dans les 10 jours suivant la date de survenance du fait générateur rattaché à la demande.

Téléassistance

Si l'affilié le demande, l'assistant met à sa disposition un système de téléassistance à son domicile permettant de garder de manière permanente un contact avec l'extérieur. D'un simple geste, l'affilié dépendant alerte la centrale de réceptions qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler. Un téléopérateur entre ainsi en contact avec l'affilié pour dialoguer et évaluer sa situation. Il peut éventuellement contacter les secours s'il le juge nécessaire ou encore avertir ses proches pour les en informer.

L'assistant prendra en charge la fourniture et l'installation de l'appareil de téléassistance ainsi que les 3 premiers mois d'abonnement.

Cette prestation n'est pas accessible en cas d'hospitalisation d'un aidant.

Aide ménagère à domicile

L'assistant organise la venue d'une aide ménagère à son domicile, pour soulager l'affilié d'une partie des tâches qui lui incombent habituellement et qu'il ne peut plus assumer.

L'assistant prend en charge la rémunération de l'aide ménagère

jusqu'à 15 heures réparties sur un mois maximum.

Accompagnement dans les déplacements

L'assistant peut rechercher des services d'aide aux déplacements, voire organiser la venue d'un accompagnateur qui véhiculera l'affilié pour se rendre à la banque, à la poste, dans un établissement de soins.

L'assistant prend en charge la rémunération de l'accompagnateur pendant un mois, jusqu'à 3 heures maximum par semaine (dans la limite d'1 déplacement par semaine).

Livraison de courses

L'assistant peut rechercher des services de livraison de courses à domicile, en cas de dépendance provisoire suite à une hospitalisation ou en cas d'entrée en dépendance.

L'assistant prend en charge la livraison de courses pendant un mois, à raison d'une livraison par semaine.

Garde des animaux domestiques

L'assistant peut organiser le gardiennage à domicile ou rechercher les pensions d'animaux (chiens, chats) les plus proches du domicile de l'affilié, en cas de dépendance provisoire suite à une hospitalisation ou en cas d'entrée en dépendance.

L'assistant prend en charge le transfert et la garde des animaux jusqu'à la pension la plus proche du domicile de l'affilié, pour 2 animaux maximum et une durée limitée de 8 jours.

Service de bien être

L'assistant peut rechercher et prendre en charge la venue d'un coiffeur à domicile pour l'affilié dépendant.

La prise en charge ne peut excéder 1 visite par an en cas de dépendance partielle, 2 visites par an en cas de dépendance totale.

Cette prestation n'est pas accessible en cas d'hospitalisation d'un aidant.

Assistance déménagement

L'assistant organise le déménagement de l'affilié en cas d'hébergement en établissement spécialisé.

L'assistant prend en charge 20% du coût du déménagement des biens meubles et effets personnels partant en maison de retraite, sur la base du devis le moins cher.

Transfert en maison d'accueil

Si l'affilié est placé en établissement spécialisé, l'assistant organise et prend en charge le transfert en ambulance ou en taxi de l'affilié dépendant.

Le coût du déplacement est pris en charge dans une limite de 50 km du domicile de l'affilié.

Déplacement d'un proche pour l'installation en maison d'accueil

Si l'affilié est placé en établissement spécialisé, l'assistant organise et prend en charge le voyage aller/retour d'un proche pour son installation.

Le coût du déplacement est pris en charge sur la base d'un billet de train aller / retour en seconde classe.

■ Article 15 :

Exclusions

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de l'assisteur, les conséquences :

- de tentative de suicide, des états résultant de l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcools,
- d'événements survenus lors de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou la participation de l'affilié sur des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou leurs essais préparatoires, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche,
- des infractions à la législation en vigueur en France, commises de façon volontaire (faits intentionnellement causés ou provoqués par l'affilié, participation à un crime ou à un délit).

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du contrat. L'assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans le cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

L'assisteur est seul responsable vis-à-vis des bénéficiaires du contrat assistance du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance lors d'un sinistre. Ainsi, l'assisteur s'engage à mobiliser tous les moyens dont il dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues au contrat.

En revanche, la responsabilité de l'assisteur ne peut en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués par la plate-forme téléphonique.

Non-exécution due à des circonstances exceptionnelles :

De plus, il ne peut être tenu pour responsable de la non exécution ou des retards d'exécutions provoqués par tous les cas de forces majeures comme :

- une guerre civile ou étrangère déclarée ou non,
- la mobilisation générale,
- la réquisition des hommes et matériels par les autorités,
- les actes de sabotage ou de terrorisme,
- les conflits sociaux : grève, émeutes, mouvements populaires,
- les catastrophes naturelles,
- les effets de la radioactivité,
- les interdictions décidées par les autorités légales.

■ Article 16 :

Cadre juridique

Nullité de la prestation :

Si le bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil, ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'assisteur, le bénéficiaire organise en ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge ou que son médecin traitant juge les plus adaptées à son état, l'assisteur étant déchargé de toute obligation.

En aucun cas l'assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

Recours :

Le bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

Clause de subrogation :

L'assisteur est subrogé dans les droits et actions du bénéficiaire contre tous responsables du sinistre déclaré et à concurrence des sommes exposées et du coût des prestations dont elle supporte la charge.

Clause de prescription :

Toutes les actions dérivant de l'exécution de la présente convention sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance et ce, conformément aux conditions déterminées par les articles L 221-11 et L 221-12 du Code de la Mutualité.

Attribution de juridiction :

Tout différend touchant à l'interprétation ou à l'exécution de la présente convention sera porté devant le Tribunal compétent du siège social de l'assisteur.



MIEL Mutuelle
11, rue du Gris de Lin
42021 Saint-Etienne Cedex 1

<http://www.mielmut.fr>
e-mail : mielmut@mielmut.fr

Tél. : 04 77 49 35 35
Fax : 04 77 49 35 48