

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE FRAIS DE SANTE AIR FRANCE MNPAF A ADHESION OBLIGATOIRE

Par accord collectif à durée déterminée (1^{er} janvier 2016 - 31 décembre 2017), un régime complémentaire frais de santé a été mis en place à titre collectif et obligatoire au bénéfice des salariés de la société Air France. La présente notice d'information définit les garanties prévues par le contrat d'assurance collective frais de santé conclu entre la MNPAF et la société Air France au 1^{er} janvier 2016, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. La présente notice et les Statuts de la MNPAF s'appliquent à l'ensemble des salariés d'Air France. La notice d'information et les Statuts sont remis à l'adhésion à l'ensemble des salariés et disponibles sur simple demande. Toute modification ultérieure de ces textes régulièrement validée par l'Assemblée Générale de la Mutuelle, et par Air France pour ce qui est du contrat, s'impose à l'ensemble des adhérents. Ces modifications sont communiquées aux adhérents par tous moyens adaptés (Notice d'information modifiée, Site Intralignes Air France, informations bulletins de paie, Site Internet www.mnpaf.fr, Magazine Escale Santé). La MNPAF est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 379 718 653.

LES BENEFICIAIRES A TITRE COLLECTIF ET OBLIGATOIRE

1. Adhésion des salariés, membres participants

L'adhésion des salariés prend effet le premier jour du mois de l'embauche, quelle que soit la nature du contrat. Elle doit être confirmée auprès de la MNPAF par l'envoi par le salarié de la fiche d'adhésion remise à l'embauche dûment complétée et accompagnée des documents demandés. Elle est acquise pour les prestations définies dans l'accord collectif et rappelées dans les tableaux de prestations ci-après.

Adhérents	Cotisation mensuelle 2016 - 2017
- Les salariés en activité en CDI – CDD - Les salariés en suspension du contrat de travail indemnisée (maintien de salaire ou IJ complémentaires) L'adhésion est maintenue de manière automatique. - Les salariés en suspension du contrat de travail non indemnisée < ou égale à 2 mois L'adhésion est maintenue de manière automatique. La cotisation mensuelle salarié sera précomptée sur le bulletin de salaire et récupérée lors de la reprise d'activité.	La cotisation du salarié est prélevée sur bulletin de paie selon les modalités définies dans l'accord d'entreprise. Elle est égale à 1,104 % des éléments du salaire brut fiscal mensuel (avant déduction des cotisations sociales et retenues des indemnités journalières de la sécurité sociale) sans pouvoir être inférieure à 17,76 € et supérieure à 71,05 € (montants revalorisés annuellement en fonction de l'évolution du PMSS). Elle est complétée par une cotisation patronale dont le taux est fixé par l'accord collectif à 1,104% de la base de rémunération précitée sans pouvoir être inférieure à 17,76 € et supérieure à 71,05 € (montants revalorisés annuellement en fonction de l'évolution du PMSS). Cette cotisation patronale est intégrée au revenu imposable. Les cotisations couvrent les enfants ayants droit à titre obligatoire tels que définis ci-dessous.

2. Définition des enfants ayants droit couverts à titre obligatoire

- Sont couverts à titre obligatoire en tant qu'ayants droit :

- o Les enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 20 ans sans justificatif autre qu'une copie d'acte de naissance ou du livret de famille ;
- o Les enfants du 31 décembre de l'année de leurs 20 ans jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 26 ans s'ils justifient d'une copie d'acte de naissance ou du livret de famille **et** annuellement d'un certificat de scolarité ;
- o Les enfants handicapés jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 20 ans sans justificatif autre qu'une copie d'acte de naissance ou du livret de famille ;
- o Les enfants handicapés à compter du 31 décembre de l'année de leurs 20 ans et sans limitation de durée à condition que le handicap ait été signalé à la MNPAF avant les 26 ans de l'enfant et s'ils justifient d'une copie d'acte de naissance ou du livret de famille et tous les 5 ans ;

- d'une reconnaissance par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH),
 - et :
 - soit d'un avis d'imposition faisant apparaître une absence de revenus,
 - soit d'un justificatif de perception de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH),
 - soit de bulletins de salaires faisant apparaître une rémunération inférieure ou égale au SMIC annuel.
- Est considéré comme ayant droit, l'enfant :
- soit du salarié d'AIR FRANCE,
 - soit du conjoint, concubin ou cosignataire d'un PACS du salarié d'AIR FRANCE (un certificat de mariage, un justificatif de domiciliation fiscale à la même adresse pour les concubins ou un certificat de PACS devra être fourni à la MNPAF en plus des justificatifs précités).

3. Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à l'échéance du terme du contrat d'assurance ou à la date de sa résiliation ;
- au dernier jour du mois de la date de cessation du contrat de travail sauf maintien des garanties au titre de la portabilité des droits ;
- au dernier jour du mois de la date de départ à la retraite (à l'exception des personnes en situation de cumul emploi retraite tel que défini par l'article L.161-22 du Code de la Sécurité sociale) ;
- au décès du membre participant.

A savoir (informations complètes sur le site de la MNPAF www.mnpaf.fr)

Le conjoint, concubin ou cosignataire de PACS du salarié peut adhérer à titre facultatif et individuel à la MNPAF en téléchargeant un dossier d'adhésion sur le site internet de la MNPAF.

De même, peuvent adhérer à titre individuel et facultatif en téléchargeant un dossier d'adhésion sur le site internet de la MNPAF, les enfants âgés entre 20 et 26 ans qui ne sont pas en mesure de fournir les justificatifs précités.

De manière générale, toutes les personnes ayant été couvertes par la MNPAF et ne remplissant pas ou plus les conditions d'affiliation précisées ci-dessus peuvent maintenir leur couverture MNPAF dans les conditions fixées par la MNPAF. L'affiliation à la MNPAF est également possible pour les personnes de l'extérieur via le parrainage.

Les salariés ont également la possibilité à titre individuel et facultatif de souscrire, en complément des garanties décrites dans la présente notice, une garantie complémentaire optionnelle entièrement à leur charge (détail de l'offre sur le site internet de la MNPAF).

LA PORTABILITE DES DROITS

Les garanties frais de santé sont maintenues aux anciens salariés dont la cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, donne lieu à prise en charge par le régime d'assurance chômage, pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite de la durée du dernier contrat de travail, sans pouvoir excéder 12 mois.

Le maintien des garanties s'effectuera à titre gratuit.

L'ensemble des conditions d'application du dispositif de portabilité sont décrites dans l'imprimé de portabilité disponible sur le site Intralignes d'Air France et remis à la cessation du contrat de travail.

LES ADHESIONS LOI EVIN ET SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISEE

Maintien Loi Evvin	Ancien salarié retraité	Barème de cotisations Retraités et assimilés
	Ancien salarié chômeur au-delà de 55 ans	
	Ancien salarié bénéficiaires d'une rente d'invalidité ou d'incapacité	
	Ancien salarié chômeur avant 55 ans	Barème de cotisations Pluriel
	Enfant ayant droit dont le parent salarié est décédé	30 € pour les moins de 20 ans et les 20-26 ans étudiants
		45 € pour les 20-26 ans non étudiants
Suspension du contrat de travail non indemnisée	Salarié en suspension du contrat de travail non indemnisée supérieure à deux mois	Barème de cotisations PLURIEL
	Salarié sans activité professionnelle et bénéficiaire soit d'une rente d'invalidité 1 ^{ère} catégorie soit d'une rente d'incapacité permanente inférieure à 66%	
	Salarié invalide 2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégorie et salarié en incapacité permanente supérieure ou égale à 66%	Barème de cotisations Retraités et assimilés

Dans toutes les situations listées ci-dessus la possibilité de maintenir l'adhésion pour les mêmes garanties est ouverte à titre individuel et facultatif sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux.

Un dossier d'adhésion individuelle et facultative complet est alors adressé dans les deux mois par la MNPAF précisant notamment le calcul de la nouvelle cotisation en application du Règlement Mutualiste 1 de la MNPAF.

L'adhésion doit se faire dans les six mois suivant la fin de l'adhésion collective et obligatoire (ou fin de droits ANI), en continuité et sans interruption dans les cotisations.

BAREME RETRAITES ET ASSIMILES 2016

(Altitude 350)

		Tranches de revenus en €	Cotisations mensuelles
Nouveaux retraités et assimilés (année du départ + 2 années suivantes)	Salaire moyen brut annuel en € (G2 ou équivalent) lors du départ en retraite	0 à 30.490	55 €
		30.491 à 41.161	85 €
		41.162 à au-delà	91 €
Retraités et assimilés	Ressources imposables année N-2 en €	0 à 18.000	58 €
		18.001 à 24.500	91 €
		24.501 à au-delà	101 €

BAREME PLURIEL 2016 (Altitude 350)

Cotisations mensuelles en €						
Tranche d'âge	moins de 30 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70 ans et plus
Composition familiale						
1 adulte	47	65	83	105	127	146
1 adulte 1 enfant	77	95	113	135	157	176
1 adulte 2 enfants ou plus	107	125	143	165	187	206
2 adultes	89	124	158	200	241	277
2 adultes 1 enfant	119	154	188	230	271	307
2 adultes 2 enfants ou plus	149	184	218	260	301	337

Référence âge de l'adhérent (le changement de tranche d'âge se fait au 1er janvier suivant la date d'anniversaire)

LES REMBOURSEMENTS

Les prestations prises en charge par la Sécurité Sociale (à l'exception des vignettes orange en pharmacie) donnent lieu à remboursement suivant les conditions, les taux et montants déterminés par le contrat d'assurance et repris dans le tableau de prestations ci-après.

Les prestations non prises en charge par la Sécurité Sociale ne peuvent donner lieu à remboursement, à l'exception des actes expressément prévus dans le contrat d'assurance, repris dans le tableau de prestations ci-après et répondant aux exceptions prévues par la réglementation en vigueur.

Limitation des remboursements

En application des dispositions de l'article L.224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale.

En vertu du décret n°90-769 du 30 août 1990 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 règlement ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

La Mutuelle exerce son activité de complémentaire santé dans le cadre du contrat responsable (articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale) ; à ce titre elle ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique ;
- les dépassements d'honoraires sur le tarif des 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 montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Les obligations de prise en charge [prise en charge de l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1 du code de la sécurité sociale (prise en charge non obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6o, 7o, 10o et 14o du même article), y compris les prestations liées à la prévention ; prise en charge des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans la double limite de 125 % (100% à compter du 01/01/2017) du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité, prise en charge des frais de lunettes encadrée dans des valeurs plancher plafonds fixés par l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ; prise en charge du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale] sont intégrées au tableau de prestations ci-après.

Toute modification relative au cahier des charges du contrat responsable sera automatiquement appliquée par la MNPAF.

Prescription

En vertu de l'article L.221-11 du code de la mutualité, toute action dérivant du contrat collectif se prescrit par deux ans à compter de la date de l'événement qui y donne naissance :

- à compter de la date de naissance (pour l'allocation prime enfance), à compter de la date d'établissement du décompte Sécurité Sociale ou à compter de la date d'établissement de la facture pour les autres prestations en nature,
- à compter de la date de règlement de la dépense (aide aux enfants handicapés) pour les prestations en espèces.

Toutefois, ce délai ne court que du jour :

- où la MNPAF en a eu connaissance, en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant,
- où les intéressés en ont eu connaissance, en cas de réalisation du risque, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit à l'encontre de la MNPAF 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 le membre participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

Contrôle

La MNPAF se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande de règlement de prestation.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, la MNPAF se réserve le droit de refuser la prise en charge des prestations litigieuses dont le règlement est sollicité par le bénéficiaire.

Par ailleurs avant ou après le règlement des prestations, la MNPAF se réserve le droit de solliciter la communication de toute pièce justificative ou tout renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas de trop perçu de prestations, la régularisation de la situation doit intervenir dans le délai de 30 jours à compter de la première notification de ce trop perçu. Passé ce délai, dans le cas où la situation n'a toujours pas été réglée, les droits à prestations seront suspendus.

Fausse déclaration

En vertu de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullités, la garantie accordée aux membres participants par la MNPAF est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion de la MNPAF, alors même que le risque omis ou dénaturé par les membres participants a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la MNPAF qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Subrogation

La MNPAF est subrogée dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables conformément à l'article L.224-9 du code de la mutualité.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engage (ent) à déclarer à la MNPAF, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

La télétransmission Sécurité Sociale.

Elle permet à l'adhérent de ne plus avoir à faire parvenir son décompte Sécurité Sociale à la Mutuelle pour être remboursé de la part complémentaire. **Il suffit d'envoyer vos feuilles de maladie (transmises électroniquement si vous utilisez la carte Vitale) à votre régime d'Assurance Maladie qui envoie ensuite une image informatique du décompte à la Mutuelle** : celle-ci procède alors au remboursement de sa participation immédiatement après la Sécurité Sociale (sauf certains cas nécessitant une facture comme l'optique, les prothèses dentaires non remboursées SS, le tiers-payant partiel SS, etc...).

Si sur votre décompte Sécurité Sociale figure la mention « Gardez ce décompte, un double est transmis à votre mutuelle », ou une mention approchante, cela signifie que vous êtes bien en télétransmission, ce qui vous dispense de nous envoyer votre décompte. **Pour bénéficier de la télétransmission, adressez au Centre de Gestion de la Mutuelle la photocopie de votre attestation Vitale avec mention « bon pour accord télétransmission »**. Peuvent bénéficier de la télétransmission les personnes affiliées au régime général de Sécurité Sociale, aux régimes AMPI ou AMEXA, à la CNMSS, à la CRPCEN, à la MGEN ou à la MFP pour les fonctionnaires, à la LMDE, la MGEL, la SMEBA, la SMEREP, la SMENO, VITTA VI ou la MEP pour les étudiants (des accords pourront être conclus avec d'autres régimes obligatoires).

ATTENTION SI CHANGEMENT : D'ADRESSE, DE CPAM, etc (...)

En cas de déménagement, n'oubliez pas **de nous en informer immédiatement** en fournissant vos nouvelles coordonnées au Centre de Gestion ainsi que votre nouvelle attestation Vitale et celle de vos enfants ayants droit sans quoi la télétransmission risque d'être interrompue.

Le tiers-payant

Il permet d'être **dispensé de l'avance d'une partie ou de la totalité des frais** ; grâce à votre carte de tiers-payant vous pouvez bénéficier du tiers-payant chez de nombreux professionnels de santé (liste complète consultable dans votre espace adhérent accessible sur www.mnpaf.fr).

Attention : en cas de « tiers-payant partiel », un reçu de paiement de la part Mutuelle doit obligatoirement être envoyé au Centre de Gestion de la Mutuelle pour remboursement.

SANTECLAIR

Les adhérents de la MNPAF bénéficient de tous les services de SANTECLAIR à savoir :

- **Des réseaux de professionnels de santé proposant des prestations de qualité à des tarifs négociés pour** : l'optique, le dentaire, l'audioprothèse, les ostéopathes/chiropracteurs et les cliniques de chirurgie réfractive au laser (conditions de prise en charge précisées dans le contrat d'assurance et la présente notice d'information) :

Attention : le tiers-payant sera uniquement réservé aux adhérents se rendant dans le réseau.

Pour trouver un professionnel de santé SANTECLAIR près de chez vous, connectez-vous sur l'outil de géolocalisation de SANTECLAIR à partir de votre espace adhérent (accessible depuis notre site www.mnpaf.fr) ou téléphonez directement à SANTECLAIR au 01.46.08.97.94.

- **Des applications internet pour vous aider à mieux gérer votre santé.**

- **Un service d'analyse de devis à valeur ajoutée pour l'optique, le dentaire, l'audioprothèse, la chirurgie réfractive des yeux et les dépassements d'honoraires chirurgicaux.**

Soumettez votre devis à SANTECLAIR par courrier ou mail :

SANTECLAIR
78 boulevard de la République
92514 BOULOGNE BILLANCOURT CEDEX
devis@santeclair.fr

Une réponse vous sera apportée sous 72 heures et Santclair vous aidera éventuellement à négocier avec votre professionnel de santé.

L'hospitalisation

En cas de prise en charge hospitalisation établie par la Mutuelle, envoyez seulement la facture concernant d'éventuels dépassements d'honoraires chirurgicaux, accompagnée de la facture AMC délivré par l'établissement (ou tout justificatif détaillé).

Pour une hospitalisation à l'étranger, la Sécurité Sociale rembourse sur la base d'un forfait ; de ce fait, la Mutuelle ne participe que si vous êtes en mesure de fournir une facture détaillée et la traduction en français faisant état de dépassement d'honoraires chirurgicaux ou de supplément chambre particulière.

Vérifiez, avant de partir, vos couvertures santé auprès de vos assurances ou cartes de crédit.

COMMENT FAIRE UNE RECLAMATION ?

En cas de réclamation suite à un mécontentement, la mutuelle met à votre disposition le circuit de recours suivant :

Etape 1 : saisie par écrit (LRAR ou email) du département « Réclamation » du **Centre de Gestion (cf. coordonnées ci-après)**, une réponse vous sera apportée sous 15 jours.

Etape 2 : si besoin, vous pouvez ensuite saisir par écrit (LRAR ou email) le Directeur de la Mutuelle. Une réponse vous sera apportée sous 1 mois maximum :

MNPAF - A l'attention de M. Le Directeur
3, place de Londres - CS 11 692 Tremblay en France
95725 ROISSY CHARLES DE GAULLE CEDEX - Ou par email : siege@mnpaf.fr

Etape 3 : enfin si les 2 premières étapes de recours interne n'ont pas résolu le différend vous opposant à la mutuelle vous avez alors la possibilité de saisir par LRAR le médiateur. Une réponse vous sera apportée sous 4 mois maximum.

MNPAF - A l'attention du MEDiateur
3, place de Londres - CS 11 692 Tremblay en France
95725 ROISSY CHARLES DE GAULLE CEDEX

Nota : à chaque étape, il est impératif de fournir l'ensemble des justificatifs et réponses préalablement obtenues. Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être obtenues sur simple demande auprès de la MNPAF.

Informatique et liberté

Les informations recueillies par la MNPAF sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion du contrat et des actions de prévention menées par la MNPAF conformément à son objet. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le membre participant ou, le cas échéant ses ayants droit, peut demander par courrier la

communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait dans les fichiers de la MNPAF ainsi que, le cas échéant de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la MNPAF du lieu de son siège social (MNPAF – Continental Square 3, place de Londres - CS 11 692 Tremblay en France 95725 ROISSY CHARLES DE GAULLE CEDEX).

OU TROUVER DES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES ?

Le site Internet de la Mutuelle : www.mnpaf.fr

Vous pouvez accéder à votre espace personnel pour consulter, rééditer vos remboursements, modifier votre adresse, établir votre prise en charge pour une hospitalisation, accéder aux applications SANTECLAIR... Vous pouvez aussi consulter des informations sur les adhésions, les cotisations, les contacts et accéder à notre espace Prévention.

Le magazine « Escale Santé ».

« Escale Santé » est une revue éditée par la Mutuelle à l'intention de ses adhérents. L'objectif est d'informer les mutualistes sur le fonctionnement de la Mutuelle, sa santé financière, les décisions prises par les élus en Assemblée Générale, le niveau de ses principaux remboursements ainsi que les conditions d'adhésion. Y figurent aussi diverses informations pratiques sur les modalités de remboursement et sur l'évolution de la réglementation en matière d'assurance maladie. « Escale Santé » vous est envoyé dès sa parution, selon votre choix, par email ou courrier.

Les permanences de la Mutuelle.

Vous pouvez vous y présenter pour obtenir des renseignements, déposer des dossiers, ou faire modifier votre adresse. Ces permanences situées sur les différents sites d'Air France, sont présentes en région parisienne ; consultez « Escale Santé » et le site Internet pour les adresses, les jours et horaires d'ouverture.

Pour toutes questions concernant l'application de votre contrat, n'hésitez pas à contacter votre Centre de Gestion :

Centre de Gestion MNPAF
92 137 ISSY-LES-MOULINEAUX CEDEX
Tél : 01.46.381.381 - Fax : 01.46.384.380
Email : servicegestion@mnpaf.fr

Au-delà de la présente notice d'information, les Statuts et Règlements Mutualistes dans leur intégralité sont accessibles sur le site www.mnpaf.fr sur simple demande au 01.46.381.381 ou par mail à servicegestion@mnpaf.fr.

ANNEXE ACCORD COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE 2016
GRILLE DE PRESTATIONS CONTRAT AIR FRANCE à effet du 1er janvier 2016**

MEDECINE DE VILLE ET SOINS EXTERNES A L'HOPITAL	Part SS	Contrat Air France	Justificatifs à fournir
Consultations :			
Consultation Dentiste	70% BRSS	TM + 30% BRSS	
Consultation, visite Généraliste CAS	70% BRSS	TM + 30% BRSS	
Consultation, visite Généraliste non CAS	70% BRSS	TM + 10% BRSS	
Consultation, visite Spécialiste CAS	70% BRSS	TM + 70% BRSS	
Consultation, visite Spécialiste non CAS	70% BRSS	TM + 50% BRSS	
Consultation Médecin non conventionné (secteur 3)	70% TA	TM	
Majoration visite, nuit, dimanche	70% BRSS	TM	
Actes de petites spécialités :			
Petite chirurgie, anesthésie, échographie (ATM, ADA, ADC, KC, ADE) - médecin CAS	70% BRSS	TM + 55% BRSS	
Petite chirurgie, anesthésie, échographie (ATM, ADA, ADC, KC, ADE) - médecin non CAS	70% BRSS	TM + 35% BRSS	
Radiologie :			
Radiologue CAS	70% BRSS	TM	
Radiologue non CAS	70% BRSS	TM	
Auxiliaires médicaux	60% BRSS	TM	
Biologie - Analyse	60% BRSS	TM	
"Autres médecines" :			
Forfait commun aux consultations ostéopathes / chiropracteurs / étioopathes / médecins acupuncteurs / psychologues adultes	0	25 € limite 3 séances/an*	
Psychologues / psychomotriciens / ergothérapeutes pour enfants de moins de 18 ans	0	20 € limite 25 séances/an*	
PHARMACIE			
Pharmacie 65%	65% BRSS	TM	
Pharmacie 30%	30% BRSS	TM	
Pharmacie 15%	15% BRSS	Néant	
HOSPITALISATION ET SOINS AMBULATOIRES			
Etablissement conventionné SS :			
Frais de séjour	80 ou 100% BRSS	TM	
Forfait journalier	0	Frais réels	
Franchise 18 €	0	Frais réels	
Honoraires chirurgien, anesthésiste, obstétricien (ADC, ADA, ACO) - médecin CAS	80 ou 100% BRSS	200% BRSS (TM inclus)	
Honoraires chirurgien, anesthésiste, obstétricien (ADC, ADA, ACO) - médecin non CAS	80 ou 100% BRSS	125% BRSS (TM inclus)	
Honoraires Acte Technique Médical - médecin CAS	80 ou 100% BRSS	85% BRSS (TM inclus)	
Honoraires Acte Technique Médical - médecin non CAS	80 ou 100% BRSS	65% BRSS (TM inclus)	
Chambre particulière médecine / chirurgie / obstétrique / psychiatrique	0	60 €/jour - 60 jours maxi/an*	
Frais accompagnement enfant -16 ans	0	39 €/jour	
Hébergement de jour	80 ou 100% BRSS	TM	
Hospitalisation à domicile	80% BRSS	TM	
Etablissement non conventionné SS :			
Prix de journée	80 ou 100% TA	100 €/jour (TM inclus)	
Dépassements d'honoraires chirurgien, anesthésiste, obstétricien (ADC, ADA, ACO) Secteur 3	80 ou 100% TA	TM	
APPAREILLAGE			
Acoustique (-20 ans) - 2 équipements (2 équipements = 2 oreilles) tous les 2 ans*	60 ou 100% BRSS	100% BRSS (TM inclus)	
Acoustique (20 ans et plus) - 2 équipements (2 équipements = 2 oreilles) tous les 3 ans*	60 ou 100% BRSS	350% BRSS (TM inclus)	
Appareillage (orthèses, prothèses remboursées SS, pansements, accessoires...)	60 ou 100% BRSS	250% BRSS (TM inclus)	
TRANSPORT			
Remboursé par la SS	60% BRSS	TM	
Prescrit et refusé par la SS	0	Ambulance 1,50 €/km Taxi 0,75 €/km Maximum 100 km A/R	
OPTIQUE (application des grilles SANTECLAIR)			
Chirurgie réfractive des yeux (condition d'âge entre 22 et 50 ans / conditions de dioptries : 1,50 à 10,00 en + ou en -)	0	300 €/œil	
Lunettes Adultes (à partir de 18 ans) : (1 équipement tous les 2 ans - années glissantes - 1 an en cas de changement de correction)			
Monture	60% BRSS	Voir grille lunettes Santéclair ci-après	
Verres unifocaux	60% BRSS		
Verres multifocaux ou progressifs	60% BRSS		
Lunettes Enfants (moins de 18 ans) : (1 équipement/an - année glissante)			
Monture	60% BRSS	Voir grille lunettes Santéclair	

Si Tiers-Payant : prise en charge dans le réseau SANTECLAIR.
Sinon : facture acquittée, prescription médicale et décompte SS si pas de télétransmission.

	Part SS	Contrat Air France	Justificatifs à fournir
Verres unifocaux	60% BRSS	ci-après	
Verres multifocaux ou progressifs	60% BRSS		
Lentilles : (forfaits non cumulables)			
Remboursées par la SS	60% BRSS	170 €/œil (TM inclus)	
Non remboursées par la SS	0	75 €/œil/an*	Pour les lentilles refusées SS, fournir facture acquittée avec la mention "non remboursées SS" et la prescription médicale.
Loupe électronique : (patient atteint de DMLA) 1 remboursement dans la vie du contrat	0	300 €	Prescription médicale et facture acquittée
Suppléments optiques et matériels acceptés SS	60% BRSS	100% BRSS (TM inclus)	Décompte SS et facture acquittée
DENTAIRE			
Soins conservateurs (SC)	70% BRSS	TM + 30% BRSS	Décompte SS ou reçu TM
Chirurgie dentaire (DC)	70% BRSS	TM + 70% BRSS	
Parodontologie remboursée SS	70% BRSS	TM + 70% BRSS + complément de 360 € maxi/an*	Décompte SS et facture acquittée
Endodontie remboursée SS	70% BRSS	TM + 30% BRSS + complément de 360 € maxi/an*	
Parodontologie/endodontie non remboursée SS	0	Forfait annuel* 360 € maxi	Facture acquittée avec mention "HN"
Inlay onlay coté en soins	70% BRSS	TM + 350% BRSS	Décompte SS et facture acquittée
Frais d'orthopédie dento-facial ou de traitement d'orthodontie :			Facture acquittée (avec mention "HN" si non remboursé SS) avec date début et fin de semestre et décompte SS
Remboursés SS	100% BRSS	250% BRSS (483,75 €/semestre)	
Non remboursés SS	0	0	
Autres actes d'orthodontie remboursés SS	70% BRSS	TM + 220% BRSS	
Contention pour soins remboursés SS	70% BRSS	403 €/an* (TM inclus)	
Contention pour soins non remboursés SS	0	0	Décompte SS et facture acquittée
Prothèses dentaires : Actes soumis à un plafonnement annuel* (au-delà paiement uniquement du TM)			
Bridge 3 éléments	70% BRSS	1 230 € (TM inclus)	
Couronne et inter sur dents visibles	70% BRSS	410 € (TM inclus)	
Couronne et inter sur dents non visibles	70% BRSS	410 € (TM inclus)	
Inlay core et inlay core à clavette	70% BRSS	165 € (TM inclus)	
Appareil amovible résine transitoire remboursé SS	70%BRSS	300 € (TM inclus)	
Appareil amovible résine définitif de 9 dents et + remboursé SS	70% BRSS	700 € (TM inclus)	
Appareil amovible définitif - stellite	70% BRSS	1 000 € (TM inclus)	
Autre prothèse codifiée et remboursée SS	70% BRSS	TM + 350% BRSS	
Codifiées et non remboursées SS (couronne, inter de bridge et inlay core)	0	participation identique aux prothèses remboursées SS	Facture acquittée
Couronne sur implant	70% BRSS	410 € (TM inclus)	
Prothèses restauratrices maxillo-faciales (y compris gouttière d'occlusion) remboursées SS	70% BRSS	200% BRSS (TM inclus)	
Prothèses provisoires	0	0	
Implantologie (limite 5 implants par an*)	0	racine 500 € + pilier 110 €	
Soulèvement des sinus dans le cadre de l'implantologie	0	500 €/an*	
Scanner pré-implantaire	0	100 €/an*	
PREVENTION			
Vaccins non remboursés SS	0	Frais réels	Prescription médicale, vignette, facture acquittée ou reçu de paiement du centre AF
Recherche de caryotype fœtal par amniocentèse non remboursée SS	0	150 €	Prescription médicale et facture acquittée avec mention "HN"
Test ostéo-densitométrie osseuse, test d'hémoculture non remboursés SS	0	27 €	
Aide au sevrage tabagique	0	30 €/an*	Facture acquittée
Actes de prévention Contrat Responsable : bilan de langage pour les enfants, dépistage de l'hépatite B, dépistage trouble de l'audition à partir de 50 ans.	60% et 70% BRSS	TM	Décompte SS ou reçu du TM
Prévention dentaire: détartrage annuel, scellement des sillons pour les enfants.	70% BRSS	TM + 30% BRSS	
CURES			
Cures remboursées SS	65% et 70% BRSS	300 €/cure (TM inclus)	Facture acquittée, attestation de cure et décompte SS
ALLOCATION PRIME ENFANCE			
	0	Forfait 300 € par enfant	Acte de naissance ou jugement d'adoption plénière
ENFANCE HANDICAP			
Aide aux frais de garde et centres de vacances spécialisés (dossier à constituer auprès de la MNPAF)	0	48 €/jour maxi 60 jours/an*	Facture acquittée
ASSISTANCE SANTE ET PREVOYANCE	0	Voir détails des garanties IMA ci-après.	

**Offre respectant le contrat responsable.

***Hors équipement lunettes, les forfaits/limitations exprimés par an, font référence à l'année civile.**

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (ou tarifs négociés avec les professionnels de santé).

TM : Ticket Modérateur (delta entre la BRSS et le remboursement réel de l'Assurance Maladie dans le cadre du parcours de soins) ex. BRSS d'une consultation généraliste : 23 € prise en charge réelle de Sec Soc. 70% de 23 € - TM : 6,90 €.

TA : Tarif d'Autorité.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

GRILLE LUNETTES SANTECLAIR à effet du 1^{er} janvier 2016

Les tarifs négociés dans le réseau permettent d'assurer que l'équipement garanti ne dépasse pas les plafonds du contrat responsable.

	Classe	LUNETTES	CONTRAT AIR FRANCE*
ADULTES	Verre unifocal		
	101	puissance de 0 à 4 dioptries et cylindre ≤ 2	60 € par verre
	102	de 0 à 4 dioptries et cylindre > 2 de 4,25 à 6 dioptries et cylindre ≤ 2	80 € par verre
	103	de 4,25 à 6 dioptries et cylindre > 2 & de 6,25 à 8 dioptries et cylindre ≤ 2	110 € par verre
	104	de 6,25 à 8 dioptries et cylindre > 2 & $\geq$ à 8,25 dioptries, quel que soit le cylindre	150 € par verre
	Verre multifocal		
	111	puissance de 0 à 4 dioptries et cylindre ≤ 2	100 € par verre
	112	de 0 à 4 dioptries et cylindre > 2 de 4,25 à 6 dioptries et cylindre ≤ 2	130 € par verre
	113	de 4,25 à 6 dioptries et cylindre > 2 & de 6,25 à 8 dioptries et cylindre ≤ 2	160 € par verre
	114	de 6,25 à 8 dioptries et cylindre > 2 & $\geq$ à 8,25 dioptries, quel que soit le cylindre	200 € par verre
ENFANTS	Monture		
		Toutes corrections	100 €
	Verre unifocal		
	201	puissance de 0 à 4 dioptries et cylindre ≤ 2	50 € par verre
	202	de 0 à 4 dioptries et cylindre > 2 de 4,25 à 6 dioptries et cylindre ≤ 2	70 € par verre
	203	de 4,25 à 6 dioptries et cylindre > 2 & de 6,25 à 8 dioptries et cylindre ≤ 2	100 € par verre
	204	de 6,25 à 8 dioptries et cylindre > 2 & $\geq$ à 8,25 dioptries, quel que soit le cylindre	140 € par verre
	Verre multifocal		
	204	Toutes corrections	140 € par verre
	Monture		
		Toutes corrections	80 €

Limites :

*A partir de 18 ans : 1 équipement tous les 2 ans – années glissantes - réduit à 1 an en cas de changement de correction.
Moins de 18 ans : 1 équipement par an – année glissante.*

*Dans la limite des planchers prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret du 8 septembre 2014) et des planchers et plafonds prévus par le contrat responsable (décret du 18 novembre 2014), en fonction des corrections visuelles.

CONVENTION D'ASSISTANCE SANTÉ ET PRÉVOYANCE



IMPORTANT • DOCUMENT À CONSERVER

CONTACT IMA 05 49 76 97 24 • 7J/7 • 24H/24



PRÉAMBULE

La convention d'assistance présentée ci-après propose des garanties d'assistance à domicile aux adhérents ayant un contrat à la MNAPF prévoyant une garantie Assistance Santé et Prévoyance souscrite auprès d'IMA.

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'ACPR 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	p. 2	5. INFORMATIONS & CONSEILS	p. 12
1. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES	p. 4	5.1 Informations médicales	p. 12
1.1 Faits générateurs	p. 4	5.2 Recherche de médecin, infirmière, intervenant paramédical	p. 12
1.2 Intervention	p. 4	5.3 Nutrition prévention santé	p. 12
- 1.2.1 Délai de demande d'assistance	p. 4	5.4 Conseil social	p. 12
- 1.2.2 Application des garanties	p. 4	5.5 Informations juridiques	p. 13
- 1.2.3 Territorialité	p. 5	5.6 Soutien psychologique	p. 13
1.3 Pièces justificatives	p. 5	6. GARANTIES LIÉES A L'EMPLOI	p. 13
2. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE ET EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE	p. 6	6.1 Aide au retour a l'emploi	p. 13
2.1 Aide ménagère	p. 6	6.2 Aide a la recherche d'un emploi du conjoint	p. 13
2.2 Présence d'un proche	p. 6	6.3 Aide au déménagement	p. 14
2.3 Services de proximité	p. 6	6.4 Nettoyage du domicile quitte	p. 14
2.4 Prise en charge des animaux domestiques	p. 7	7. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS DE DÉCÈS	p. 14
2.5 Fermeture du domicile quitte en urgence	p. 7	7.1 Rapatriement de corps	p. 14
2.6 Préparation du retour au domicile	p. 8	7.2 Aide a la recherche d'un prestataire funéraire	p. 14
2.7 Transfert post-hospitalisation chez un proche	p. 8	7.3 Accompagnement suite décès	p. 14
2.8 Transport aux rendez-vous médicaux	p. 8	7.4 Aide-ménagère	p. 14
2.9 Transport sur le lieu de travail (hors arrêt de travail)	p. 8	7.5 Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)	p. 15
3. GARANTIES FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE ET/OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE	p. 9	7.6 Conduite à l'école	p. 15
3.1 Prise en charge des enfants (de moins de 16 ans) ou enfants handicapés (sans limite d'âge)	p. 9	7.7 Prise en charge des ascendants	p. 15
3.2 Garde des frères et sœurs (enfant accidenté ou malade)	p. 9	7.8 Prise en charge des animaux domestiques	p. 15
3.3 Remplaçante de garde d'enfants	p. 9	8. EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES	p. 16
3.4 Conduite à l'école et retour au domicile des enfants	p. 10	8.1 infraction	p. 16
3.5 Conduite aux activités extrascolaires	p. 10	8.2 fausse déclaration	p. 16
3.6 Soutien scolaire a domicile (enfant accidenté ou malade)	p. 10	8.3 force majeure	p. 16
3.7 Soutien scolaire chez un proche	p. 10	8.4 refus du bénéficiaire	p. 16
3.8 Aide aux devoirs	p. 10	8.5 exclusions	p. 16
3.9 Prise en charge des ascendants	p. 11	9. VIE DU CONTRAT	p. 17
4. GARANTIES EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE	p. 11	9.1 Durée des garanties	p. 17
4.1 Enveloppe de services	p. 11	9.2 Résiliation	p. 17
4.2 Téléassistance	p. 11	9.3 Subrogation	p. 17
4.3 Bilan situationnel par un ergothérapeute	p. 12	9.4 Prescription	p. 17
4.4 Service travaux pour aménagement du domicile	p. 12	9.5 Protection des données personnelles	p. 17
		9.6 Réclamation et médiation	p. 17
		DÉFINITIONS	p. 18

1. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

1.1 FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'Assistance à domicile s'appliquent en cas :

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile ;
- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation programmée ;
- de survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation ;
- de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation ;
- en cas de mutation professionnelle ;
- en cas d'accident ou de maladie invalidante ;
- de décès ;
- d'événement traumatisant.

dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2 INTERVENTION

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

05 49 76 97 24

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

1.2.1 Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 2.2 à 2.9, 3, 7.5 à 7.8 doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'événement. Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour la garantie Aide-ménagère prévue aux articles 2.1 et 7.4, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'événement. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement.

Illustration : en cas d'appel le 15^e jour, la garantie est alors plafonnée à 15 jours.

1.2.2 Application des garanties

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

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA ASSURANCES, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle. IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA ASSURANCES dans les DROM, elles sont prises en charge par IMA ASSURANCES, en accord préalable avec elle, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

Les garanties en cas de décès s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de décès et constatées lors de l'évènement.

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

IMA ASSURANCES ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.

1.2.3 Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane) à l'exception de Mayotte.

Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine
- si le domicile de l'adhérent est situé dans un DROM, le transport est effectué au sein du DROM de résidence de l'adhérent.

1.3 PIÈCES JUSTIFICATIVES

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement 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.

2. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE ET EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

2.1 AIDE MÉNAGÈRE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint ;
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint ;
- OU une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas de séjour en maternité de plus de 8 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

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

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

2.2 PRÉSENCE D'UN PROCHE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint ;
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint ;
- OU une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge en France le déplacement aller - retour d'un proche par train 1^{re} classe ou avion classe économique.

IMA ASSURANCES organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

Et dans les conditions spécifiées à l'article 1.2.3.

2.3 SERVICES DE PROXIMITÉ

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint ;
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
- OU une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint ;

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 30 jours :

Livraison de médicaments

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à une livraison par événement. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

Portage de repas

La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas ou de les faire préparer par l'entourage*.

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

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

* sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.

Portage d'espèces

- le transport aller - retour dans un établissement bancaire proche du domicile ;
- OU bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €.

lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

La somme avancée devra être remboursée à IMA ASSURANCES dans un délai de 30 jours.

Livraison de courses

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

Coiffure à domicile

Le déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'adhérent ou son conjoint, a besoin de soin de coiffure. La prise en charge est limitée à un seul déplacement par événement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent.

2.4 PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- la visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter » ;
- la garde au domicile de l'adhérent par un « pet sitter » ;
- la garde de l'animal chez un « pet sitter » ;

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller - retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'interventions est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 interventions réparties sur une période maximale de 30 jours.

Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

Cette garantie est conditionnée à la mise à disposition pour le « pet sitter » des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

La promenade du chien de l'adhérent par un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller - retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'intervention est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 interventions réparties sur une période maximale de 30 jours.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

2.5 FERMETURE DU DOMICILE QUITTE EN URGENCE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En l'absence d'un proche présent localement, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 2 heures afin de s'assurer que l'habitation soit apte à rester fermée pendant une durée indéterminée.

Cette garantie comprend :

- la fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets... ;
- la fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques... ;
- le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments du frigo...

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA ASSURANCES intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, dans la limite de 100 euros, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

2.6 PRÉPARATION DU RETOUR AU DOMICILE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 14 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation programmée de plus de 14 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En l'absence d'un proche présent localement, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 4 heures pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette garantie comprend :

- la réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques ;
- la mise en température du chauffage du logement ;
- le ménage ;
- les courses. Le coût des courses demeurant à la charge de l'adhérent.

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA ASSURANCES intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, dans la limite de **100 euros**, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie de l'hôpital et qu'il ait été missionné 48 heures avant cette sortie, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

2.7 TRANSFERT POST-HOSPITALISATION CHEZ UN PROCHE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation.

Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1^{re} classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 euros par trajet aller - retour.

Et dans les conditions spécifiées à l'article 1.2.3.

2.8 TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, sur une période de 30 jours, un transport non médicalisé aller et retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km.

2.9 TRANSPORT SUR LE LIEU DE TRAVAIL (hors arrêt de travail)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA ASSURANCES organise et prend en charge 10 trajets non médicalisés en taxi (domicile-travail ou travail-domicile) dans un rayon de 30 km.

Cette garantie s'applique une seule fois sur une période de 12 mois.

3. GARANTIES FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE ET/OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

3.1 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint ;
- OU une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours d'un enfant ;
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint ;
- OU une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

Et dans les conditions spécifiées à l'article 1.2.3.

Le transfert des enfants

Le déplacement aller - retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

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

Et dans les conditions spécifiées à l'article 1.2.3.

La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. 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.

3.2 GARDE DES FRÈRES ET SŒURS (enfant accidenté ou malade)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours d'un enfant.

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours d'un enfant.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des autres enfants par :

- le déplacement aller - retour d'un proche ;
- ou s'il y a lieu la venue d'un intervenant habilité du lundi ou vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

3.3 REMPLAÇANTE DE GARDE D'ENFANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de la garde salariée habituelle des enfants ;
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. 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.

3.4 CONDUITE À L'ÉCOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint;
- OU une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours d'un enfant;
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint;
- OU une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 4 semaines.

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

3.5 CONDUITE AUX ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint;
- OU une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours d'un enfant;
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint;
- OU une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.

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

3.6 SOUTIEN SCOLAIRE À DOMICILE (enfant accidenté ou malade)

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue de plus de 14 jours d'un enfant.

Dès lors que l'enfant n'est pas en état de suivre sa scolarité, IMA ASSURANCES organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours sous réserve de l'accord de l'équipe médicale.

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 (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), donnés au domicile de l'enfant, du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 3 heures par jour.

3.7 SOUTIEN SCOLAIRE CHEZ UN PROCHE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint.

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsque l'enfant est transféré chez un proche éloigné géographiquement de l'école empêchant la poursuite des cours, IMA ASSURANCES organise et prend en charge un soutien pédagogique de l'enfant du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), au domicile du proche, du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 3 heures par jour par foyer.

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

3.8 AIDE AUX DEVOIRS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint;
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint;
- OU une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint;

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

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

3.9 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint ;
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint ;
- OU une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, pour garder les ascendants au domicile.

Et dans les conditions spécifiées à l'article 1.2.3.

Le transfert des ascendants chez un proche

Le déplacement aller - retour des ascendants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

Et dans les conditions spécifiées à l'article 1.2.3.

La garde des ascendants

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

4. GARANTIES EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE

En cas de déclaration, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant.

OU

En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant.

OU

En cas d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant.

IMA ASSURANCES, organise et prend en charge les garanties ci-dessous à utiliser sur une période de 12 mois à compter de la survenance de l'événement.

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

Ces garanties ne sont pas cumulables avec les garanties décrites aux points 2 et 3.

4.1 ENVELOPPE DE SERVICES

IMA ASSURANCES met à disposition du bénéficiaire une enveloppe de services limitée à 100 unités de consommation.

Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois.

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

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

Cf. tableau enveloppe de services et décompte en unité

4.2 TÉLÉASSISTANCE

IMA ASSURANCES prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de 90 jours.

Les frais d'accès au service comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé ;
- si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité ;
- si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA ASSURANCES, l'adhérent pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'adhérent.

4.3 BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

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

Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie). Cette évaluation est complétée par un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile.

4.4 SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA ASSURANCES met en

relation avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du code civil, dans la limite d'un dossier par événement.

Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis ;
- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement) ;
- un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel ;
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge du bénéficiaire qui doit transmettre à la structure du groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.

5. INFORMATIONS & CONSEILS

5.1 INFORMATIONS MÉDICALES

Une équipe médicale communique, dans les 48h, des informations et conseils médicaux sur les thèmes suivants : pré-hospitalisation, post-hospitalisation, grossesse (examens à effectuer, médicaments proscrits), nourrisson (alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations), troubles du sommeil, gestion du stress, conseil dépistage cancer, médicaments, vaccins, risques médicaux...

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.

5.2 RECHERCHE DE MÉDECIN, INFIRMIÈRE, INTERVENANT PARAMÉDICAL

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, IMA ASSURANCES communique les coordonnées d'un médecin.

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

5.3 NUTRITION PRÉVENTION SANTÉ

Chaque bénéficiaire peut solliciter, une fois sur une période de 12 mois, des conseils diététiques par téléphone pour prévenir les risques liés à l'alimentation, du lundi au vendredi, hors jours fériés.

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

5.4 CONSEIL SOCIAL

IMA ASSURANCES organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois avec un Travailleur Social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

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

5.5 INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA ASSURANCES met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français.

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

5.6 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'événements ressentis comme traumatisants par l'un des bénéficiaires.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge selon la situation :

- jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien ;
- et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

6. GARANTIES LIÉES A L'EMPLOI

6.1 AIDE AU RETOUR A L'EMPLOI

En cas d'accident ou de maladie invalidante de l'adhérent ou de son conjoint rendant impossible l'exercice de l'emploi actuel :

IMA ASSURANCES propose une aide au retour à l'emploi.

Selon la situation, l'accompagnement porte sur les domaines suivants :

- recueil de données et analyse de la situation professionnelle ;
- informations, orientations et conseils dans les démarches liées à l'évolution et au changement de la situation professionnelle, les acteurs et organismes compétents, préconisations relatives à l'aménagement du poste de conduite ou de travail, aide à la réflexion et à la décision...

Un suivi est réalisé par le biais de 6 entretiens téléphoniques avec un travailleur social et/ou un ergothérapeute, dans les 12 mois suivant l'événement.

Si nécessaire, une aide à la recherche d'un nouvel emploi est proposée :

- techniques de recherches d'emplois : comment rédiger un CV et une lettre de motivation, préparer une prospection téléphonique, préparer un entretien d'embauche ;
- prospection d'offres d'emploi : mise en ligne du CV du candidat sur le site internet d'un consultant en ressources humaines, accès aux offres Intranet de ce consultant, mailing et phoning à destination d'entreprises ciblées.

Un suivi est réalisé par le biais de 6 entretiens individuels et 6 entretiens téléphoniques sur une durée de 8 mois.

L'aide à la recherche d'un emploi ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par IMA ASSURANCES auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relève.

En outre, la responsabilité d'IMA ASSURANCES ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire, du ou des renseignement(s) communiqué(s).

6.2 AIDE A LA RECHERCHE D'UN EMPLOI DU CONJOINT

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES met en place un accompagnement individualisé dans la recherche d'un nouvel emploi.

Cette aide proposée par IMA ASSURANCES comprend notamment la mise en ligne du CV, l'accès à des offres ciblées, un mailing et un phoning à destination de 50 entreprises, le développement d'une démarche d'accompagnement individualisée.

Le suivi sera réalisé sur une période de 90 jours.

La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

6.3 AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.

Le prix du déménagement reste à la charge de l'adhérent.

6.4 NETTOYAGE DU DOMICILE QUITTE

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le nettoyage du domicile quitté dans la limite de 500 € sur une période de 30 jours suivant le déménagement.

La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

7. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant :

- à plus de 50 km du domicile et lors d'un déplacement d'une durée inférieure à 90 jours pour la garantie décrite à l'article 7.1 ;
- sans condition de franchise et de durée pour les garanties décrites aux autres articles.

7.1 RAPATRIEMENT DE CORPS

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport du corps.

Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France métropolitaine, si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, ou dans le DROM de résidence, si le domicile de l'adhérent est situé dans un DROM. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les formalités, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante si la mise en bière est intervenue préalablement au transport en vertu d'une obligation réglementaire, ou la prise en charge du rapatriement de l'urne funéraire si la crémation a lieu sur le lieu de décès.

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille.

7.2 AIDE A LA RECHERCHE D'UN PRESTATAIRE FUNÉRAIRE

IMA ASSURANCES communique les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres en France pour aider les proches à organiser les obsèques.

7.3 ACCOMPAGNEMENT SUITE DÉCÈS

Afin d'aider les proches dans les différentes étapes du deuil, d'identifier avec eux les démarches à accomplir, de planifier et de prioriser les actions à mettre en œuvre, les travailleurs sociaux d'IMA ASSURANCES apportent leur expertise, par téléphone du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Cette garantie est accordée dans la limite de 3 entretiens téléphoniques sur 90 jours, accompagné d'un appel de suivi dans les 3 mois suivant le premier appel.

7.4 AIDE-MÉNAGERIE

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

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

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

7.5 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller - retour d'un proche, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

Et dans les conditions spécifiées à l'article 1.2.3.

Le transfert des enfants

Le déplacement aller - retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnants, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

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

Et dans les conditions spécifiées à l'article 1.2.3.

La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités, du lundi au vendredi, hors jours fériés. 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.

7.6 CONDUITE À L'ÉCOLE

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

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions.

7.7 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'une des garanties suivantes.

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller et retour en France d'un proche pour garder les ascendants au domicile.

Et dans les conditions spécifiées à l'article 1.2.3.

Le transfert des ascendants chez un proche

Le voyage aller et retour en France des ascendants auprès de proches susceptibles de les accueillir.

Et dans les conditions spécifiées à l'article 1.2.3.

La garde des ascendants

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

7.8 PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

IMA ASSURANCES organise et prend en charge 30 jours de garde de l'animal chez un « pet sitter » réparties sur une période maximale de 30 jours.

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ».

Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

8. EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES

8.1 INFRACTION

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

8.2 FAUSSE DÉCLARATION

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un événement garanti entraîne la perte du droit à garantie.

8.3 FORCE MAJEURE

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

8.4 REFUS DU BÉNÉFICIAIRE

Si le bénéficiaire refuse les garanties proposées par IMA ASSURANCES, le bénéficiaire organise dans ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à la situation, IMA ASSURANCES étant dégagée de toute obligation. En aucun cas, IMA ASSURANCES ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

8.5 EXCLUSIONS

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

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gérontologiques ;
- programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques ;
- consécutives à des maladies non soudaines et non prévisibles ;
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la

suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies ;

- liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que qu'à leurs conséquences ;
- consécutives à une maladie non soudaine et prévisible.

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

b) Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

Les décès consécutifs :

- à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- à la pratique, à titre professionnel, de tout sport ;
- à la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée ;
- à la participation à des démonstrations, acrobaties, rallyes, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- à la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à des guerres civiles ou étrangères, à des attentats, à des émeutes, à des insurrections, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes ;
- à un état ou à un accident résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ou à l'absorption d'alcool (le cas échéant : si le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal de tolérance) ;
- aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

9. VIE DU CONTRAT

9.1 DURÉE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la période du contrat souscrit auprès de la MNPAF.

9.2 RÉSILIATION

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

9.3 SUBROGATION

IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions des bénéficiaires 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 des bénéficiaires les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

9.4 PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1^{er} En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;

2^e 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 la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

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

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de 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.

9.5 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à la MNPAF à l'exception des données à caractère médical.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA ASSURANCES de communiquer les informations médicales à tout professionnel de santé devant en connaître pour accomplir la mission de soins confiée par IMA ASSURANCES.

À cet effet, dans ces conditions et à l'égard de ces professionnels de santé, les bénéficiaires libèrent IMA ASSURANCES ainsi que son personnel médical de son obligation de secret professionnel sur ces informations médicales.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant. L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES.

9.6 RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09. Son avis s'impose à IMA ASSURANCES mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

Définitions

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

Accident corporel

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

Accident ou maladie invalidante

Accident ou maladie entraînant un taux de déficit fonctionnel supérieur ou égal à 60 % constaté par expertise médicale.

Adhèrent

Personne physique ayant un contrat auprès de la MNPAF incluant une garantie « Assistance Santé et Prévoyance ».

Animaux domestiques

Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense),

Chats,

NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

Bénéficiaires des garanties d'assistance

L'adhérent ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs.

Centre de convalescence

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 centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

Domicile

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

France

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion et Guyane) à l'exception de Mayotte.

Hospitalisation

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

Hospitalisation imprévue

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

Hospitalisation programmée

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.

Immobilisation imprévue

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

Liste des pathologies lourdes

Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paralysie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA ASSURANCES.

Maladie

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

→ ENVELOPPE DE SERVICES EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE VISÉE A L'ARTICLE 4.1

Le décompte en unité correspond aux garanties suivantes

ENVELOPPE DE SERVICES POUR ADULTE	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Aide-ménagère	1 heure	1 unité
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour**	6 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	4 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	2 unités
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités

ENVELOPPE DE SERVICES POUR ADULTE	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Garde d'enfant malade	1 heure	2 unités
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour**	6 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité

* Déplacement par train 1^{re} classe ou avion classe économique. Hébergement dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

** Dans un rayon de 50 km.

La valeur unitaire des garanties de l'enveloppe de services est susceptible d'être modifiée en cas de revalorisation tarifaire des garanties. En cas de modification, l'enveloppe actualisée vous sera transmise

