

REGLEMENT MUTUALISTE

version janvier 2016

(valant notice d'information)

"GARANTIE SANTE"

Le présent règlement est subordonné aux statuts de l'IRCEM Mutuelle.

Votre contrat "**GARANTIE SANTE**" se compose de trois documents :

- Le Règlement Mutualiste (le présent document) :
Il définit les différentes garanties possibles, leurs conditions d'intervention et les indications générales sur la vie du contrat. Il peut éventuellement être complété par une (ou des) annexe(s).
- Le Certificat d'Adhésion :
Il précise les garanties que vous avez choisies, adapte le Règlement Mutualiste à votre propre situation et fixe les règles particulières définies entre vous et nous. Il fait référence au Règlement Mutualiste et éventuellement à une (ou des) annexe(s). Il vous sera envoyé après enregistrement de votre adhésion.
- Une annexe "Convention d'assistance" :
Elle définit les prestations d'assistance qui vous seront accordées.

Le présent contrat est un contrat individuel régi par le Code de la Mutualité de la République Française.

I/ LES DEFINITIONS

Pour mieux nous comprendre, nous avons défini certains termes fréquemment utilisés dans le texte qui suit.

Accident : Effet soudain, violent et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique du membre participant une atteinte ou une lésion corporelle.

Age : L'âge est calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

Assurance Maladie Obligatoire (AMO) : Régime obligatoire couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Ex.: régime général de la Sécurité sociale, régime local d'Alsace-Moselle

Assuré(s) : Personne(s) garantie(s) par le présent contrat, définie(s) au certificat d'adhésion et bénéficiaire(s) des prestations servies au titre du présent contrat.

Avenant : Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

Base de Remboursement : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués

par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,

- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Contrat "responsable et solidaire" : contrat de complémentaire santé :

- dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.
- encourageant le respect du parcours de soins coordonnés.

Votre contrat "Santé" est un contrat responsable et solidaire. Les garanties et niveaux de remboursement suivront les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

Echéance principale : Date de renouvellement du contrat et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

Forfait journalier hospitalier : Participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé.

Garantie : Engagement de l'organisme d'assurance maladie complémentaire à assurer la prise en charge totale ou partielle des frais de santé à un niveau prévu à l'avance par des documents contractuels.

Hospitalisation : Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

IRCEM Mutuelle : assureur de ce contrat. IRCEM Mutuelle est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, dont le siège social se situe à ROUBAIX (59100) - 261, avenue des Nations Unies et immatriculée au répertoire sirene sous le numéro 438 301 186.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et qui nécessite un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

Membre participant : Personne qui adhère au règlement en remplissant et signant le Certificat d'Adhésion.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale revalorisé chaque année.

Prestation : Il s'agit des montants remboursés à un assuré par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Transport : Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche.

L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

II/ LES GARANTIES

II/1- OBJET DES GARANTIES

Ces garanties permettent à(aux) assuré(s), en complément des prestations versées par son(leur) Assurance Maladie Obligatoire (AMO), d'obtenir le remboursement des frais médicaux engagés suite à une maladie, un accident et une maternité constatés médicalement et survenus postérieurement à la prise d'effet des garanties.

Les remboursements varient suivant le niveau de garanties choisi mentionné au Certificat d'Adhésion ("NIVEAU 1", "NIVEAU 2", "NIVEAU 3").

L'ensemble des niveaux de garanties est décrit dans le tableau des garanties joint aux documents contractuels.

II/2- LES FRAIS REMBOURSES

Dans les conditions et limites fixées au tableau des garanties joint au Certificat d'Adhésion et selon le niveau choisi indiqué, sont couverts, sous réserve que **ces actes soient acceptés par votre Assurance Maladie Obligatoire (AMO) :**

- les honoraires médicaux (consultations, visites, y compris les frais de déplacement),
- les actes des auxiliaires médicaux,
- les médicaments,
- les actes de spécialité,
- les soins externes,
- les bas de contention,
- les radiographies,
- les analyses et les examens de laboratoires,
- les soins dentaires, d'orthodontie et les prothèses dentaires,
- les frais d'optique, les lunettes et lentilles,
- les prothèses et les frais auditifs,
- les traitements en cure thermique,
- les frais de séjour en clinique, en hôpital ou en maison de repos,
- l'hospitalisation à domicile pour les soins nécessaires dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale,
- les frais opératoires,
- le forfait journalier hospitalier (*),
- la chambre particulière (**),
- le lit d'accompagnant,
- les frais de transport du malade ou de l'accidenté,
- les prestations de prévention prioritaires : actes d'ostéodensitométrie osseuse pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les six ans, et un dépistage auditif.

(*)Le forfait journalier est pris en charge sans limite de durée, sauf pour les établissements médico-sociaux (maison de retraite à caractère médicalisé, maison

d'accueil spécialisée, institut de rééducation et autres types d'établissements de longs séjours). Pour ces hospitalisations, pour les NIVEAUX 1, 2 et 3, la durée d'indemnisation est limitée à 90 Jours non renouvelables par année civile et par bénéficiaire.

(**)La chambre particulière est prise en charge sans limite de durée pour les NIVEAUX 2 et 3 sauf pour les hospitalisations dans les établissements médico-sociaux (maison de retraite à caractère médicalisé, maison d'accueil spécialisée, institut de rééducation et autres types d'établissements de longs séjours). Pour ces hospitalisations la durée d'indemnisation est limitée à 90 jours non renouvelables par année civile et par bénéficiaire.

Ces garanties permettent également d'obtenir, selon le niveau choisi, le versement d'indemnités forfaitaires dans les cas suivants :

- un forfait tous les deux ans limité à un équipement (monture et 2 verres) accepté par votre Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Le forfait est annuel pour les enfants mineurs ou pour les adultes en cas de renouvellement de l'équipement optique justifié par une évolution de la vue. Le montant du forfait optique de votre contrat, précisé au tableau des garanties, dépend du type de correction (correction simple ou complexe). Le montant de votre monture ne pourra excéder 150 €. Pour la correction simple : le montant maximum accordé par verre est de 125 € pour le niveau 2 et 150 € pour le niveau 3. Pour la correction complexe : le montant maximum accordé par verre est de 175 € pour le niveau 2 et 225 € pour le niveau 3. Les périodes de ces forfaits s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique ou du premier élément de l'équipement optique.
- un forfait annuel pour lentilles acceptés ou non par votre Assurance Maladie Obligatoire (AMO),
- un forfait annuel pour les autres prothèses et pour les frais auditifs acceptés par votre Assurance Maladie Obligatoire (AMO),
- une « prime maternité ».

Certains frais non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) peuvent être pris en charge, selon le niveau choisi indiqué au certificat d'adhésion, dans la limite des dépenses engagées et sous déduction des prises en charge éventuelles d'autres organismes assureurs complémentaires :

- un forfait médecines douces (homéopathie, acupuncture, ostéopathie, diététicien),
- un forfait pédicure-podologue,
- le vaccin grippal,
- les prothèses dentaires refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) (***),
- les cures thermales non remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).
- La participation forfaitaire à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en

établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat (120 euros en 2011), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60.

Les garanties exprimées en forfait peuvent évoluer chaque année selon l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), à l'exception du forfait journalier hospitalier, de la chambre particulière, du lit d'accompagnant, du vaccin grippal et de la chambre particulière à la maternité.

(***) les frais non remboursables par le régime obligatoire qui sont hors nomenclature ne donnent pas droit à remboursement.

II/3 – LIMITE DE REMBOURSEMENT

Nos garanties sont en conformité avec les exigences posées par l'article L 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux « contrats responsables et solidaires » et les décrets pris pour son application, et s'inscrivent dans le respect du parcours de soins coordonnés.

Nos garanties ne prennent pas en charge :

- la contribution forfaitaire prélevée par l'Assurance Maladie Obligatoire (actuellement fixée à 1 euro) sur les actes et consultations des médecins et sur les actes de biologie médicale ;
- les franchises applicables, laissées à la charge de l'assuré, sur les médicaments, les actes paramédicaux (sauf effectués lors d'une hospitalisation) et sur les frais de transport sanitaires ;
- la baisse du remboursement de la Sécurité sociale en cas de non respect du parcours de soins ou de refus du patient d'accorder l'accès à son dossier médical personnel ;
- la part forfaitaire du dépassement d'honoraires des spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant.

Les dépenses de santé assurées sont celles engagées entre la date d'effet et la date de résiliation de l'adhésion. C'est la date des soins retenue par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) qui sert de référence. En dentaire, les dépenses doivent également être situées dans cette période ainsi que les dates de proposition et d'exécution des travaux.

Nos remboursements sont limités aux frais réels engagés et calculés après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme, ou tiers responsable.

Dès lors que votre contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires, les taux de prise en charge indiqués aux tableaux de garanties sont minorés de 20 % lorsque le médecin n'est pas signataire du contrat d'accès aux soins (CAS).

Les garanties exprimées en forfaits ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Tout forfait non utilisé ne donne pas lieu à report.

II/4 – GARANTIE VIAGERE

Sous réserve du paiement des cotisations et sauf fausse déclaration, la garantie est définitivement acquise au participant dès la date à laquelle l'affiliation prend effet. Le participant ne peut être exclu de la garantie en raison de la seule dégradation de son état de santé.

II/5- ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent dans le Monde entier, dès lors que l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) intervient. Le règlement des prestations et le prélèvement des cotisations sont toujours effectués en France, en euro.

III/ L'ADHESION

III/1- QUI PEUT ADHERER ?

L'adhésion à la "Garantie Santé" est réservée à :

- Tout salarié cotisant ou ayant cotisé à l'IRCEM Retraite ou bénéficiant d'une pension de retraite complémentaire versée par l'IRCEM-Retraite, remplissant les critères d'âge ci-après et relevant du régime général de la Sécurité sociale ou du régime local d'Alsace-Moselle.
- Tout particulier employeur.
- Le conjoint, le concubin, le partenaire lié par un PACS (Pacte Civil de Solidarité) du membre participant.

Peuvent également adhérer le(s) enfant(s) ou petit(s)-enfant(s) du membre participant, de son conjoint ou de son partenaire lié par PACS :

- à charge au sens de la Sécurité sociale et figurant sur l'attestation jointe à la carte VITALE,
- de moins de 25 ans, pris en compte par le fisc pour la détermination du quotient familial, s'ils poursuivent leurs études secondaires ou supérieures ou s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage,
- de plus de 25 et de moins de 28 ans, célibataires, s'ils poursuivent leurs études supérieures et sont affiliés à la Sécurité sociale des étudiants ou s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage.

Ne peuvent adhérer à ces garanties :

- l'enfant ou le petit-enfant reconnu à charge parce qu'il est atteint d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice,
- les personnes hospitalisées à titre définitif.

III/2 - AGE LIMITE A L'ADHESION

Quelle que soit la formule, aucune adhésion ne peut être faite après le 70^{ème} anniversaire. Cette condition s'applique à tous les membres participants des présentes garanties.

III/3 - FORMALITES D'ADHESION

Une demande d'adhésion doit être complétée et signée par le membre participant, et retournée accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- un relevé d'identité bancaire ou postal,
- une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale du membre participant fournie par la CPAM, ainsi que celle du conjoint marié, du partenaire lié par un PACS ou du concubin lors d'une adhésion pour un couple et de celle où figurent les enfants s'ils adhèrent,

- le certificat de radiation de l'ancienne mutuelle, avec le détail des anciennes garanties (s'il y a lieu),
- le certificat de scolarité des enfants ou petits-enfants âgés de plus de 18 ans,
- le mandat de prélèvement SEPA dûment rempli et signé.

Aucun questionnaire médical n'est exigé.

III/4- DATE D'EFFET DE L'ADHESION

La date d'effet de votre adhésion est fixée au plus tôt au premier jour du mois civil suivant la réception de votre dossier complet d'adhésion. Les frais de santé que vous engagez sont alors couverts dans la limite des garanties souscrites à compter de cette date d'effet, sous réserve de l'application éventuelle d'un délai d'attente.

III/5- DUREE DE L'ADHESION

L'adhésion est enregistrée dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque 1er janvier, sauf dénonciation par l'adhérent ou par IRCM-Mutuelle dans les conditions définies au paragraphe V/3.

III/6- PRISE D'EFFET DES GARANTIES – DELAI D'ATTENTE

Vos garanties sont acquises à l'issue d'un délai variable selon votre situation précédente :

- **Si vous n'aviez pas de mutuelle** : vous bénéficiez dès la date d'adhésion à la Garantie, des remboursements prévus par votre contrat.

Toutefois un délai d'attente sera appliqué sur certains postes de dépenses, à partir de votre date d'adhésion. Les frais engagés sur ces postes, pendant ce délai, ne donneront pas lieu à remboursement :

- . Pour la chambre particulière : le délai d'attente est de 3 mois en cas de maladie et de 9 mois pour la maternité.
- . Pour les forfaits optiques, l'orthodontie, les complémentaire de prothèses dentaires et autres prothèses : le délai d'attente est de 3 mois.

Passé ce délai, vos dépenses seront remboursées dans les conditions et limites fixées par le niveau de garanties que vous avez choisi au moment de l'adhésion.

- **Si vous adhérez déjà à une mutuelle ou si vous disposiez d'un dispositif "CMU Complémentaire"** : vous bénéficiez d'un droit aux remboursements sur les postes de dépenses déjà pris en charge par votre ancienne mutuelle, dès le premier jour du mois civil qui suit la date de radiation de votre ancienne adhésion. Cette date sera la date d'adhésion (ex.: radiation le 25 juin, soit date d'adhésion à la garantie "Garantie Santé" le 1^{er} juillet).

Pour les postes de dépenses de santé non prévus par votre ancien contrat, un délai d'attente sera appliqué à partir de votre date d'adhésion.

Les frais engagés sur ces postes, pendant ce délai, ne donneront pas lieu à remboursement :

- . Pour la chambre particulière : le délai d'attente est de 3 mois en cas de maladie et de 9 mois pour la maternité.
- . Pour les forfaits optiques, l'orthodontie, les

remboursements de prothèses dentaires et autres prothèses : le délai d'attente est de 3 mois. Ce délai d'attente ne s'appliquera pas si les remboursements du précédent contrat étaient supérieurs à 100 % du tarif de base de remboursement de la Sécurité sociale.

Ces dispositions sont valables si l'adhésion est faite dans le mois qui suit la radiation d'un organisme complémentaire apportant une garantie maladie comparable et sur production d'un certificat de radiation.

Vous bénéficiez d'une couverture immédiate de toutes vos dépenses de santé en cas d'accident (sous réserve de produire une pièce justificative).

IV/ LA COTISATION

IV/1- MONTANT DE LA COTISATION

- Le participant et son conjoint :

La cotisation correspondant au niveau choisi est précisée dans votre Certificat d'Adhésion.

Elle est fixée en fonction du niveau choisi, du régime de base d'assujettissement, et de l'âge de chaque bénéficiaire (le calcul de l'âge se fait par différence de millésime). Sont prévus des tarifs différents selon l'âge (cf tableau des cotisations joint à la plaquette d'information sur la Garantie).

La cotisation augmente en fonction de la tranche d'âge de chaque assuré jusqu'à ses 66 ans. **Le changement de tarif lié au changement de tranche d'âges sera appliqué au 1^{er} janvier de l'année civile de l'anniversaire considéré.**

- **Cas particuliers des enfants et petits-enfants :**

La gratuité est accordée pour :

- le 3^{ème} enfant assuré et les suivants jusqu'à leur 18 ans inclus ;
- les petits-enfants du membre participant de 60 ans ou plus à charge au sens de la Sécurité sociale et jusqu'à leur 18 ans inclus.

La gratuité n'est plus accordée dès que l'enfant ou le petit-enfant n'est plus à charge du membre participant au sens Sécurité sociale.

Les remises de cotisations accordées sont soumises aux mêmes règles que la gratuité.

- **Variation des cotisations et des garanties :**

Les cotisations peuvent évoluer à chaque échéance principale en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de la structure de nos remboursements, de la dégradation des résultats techniques, de l'évolution du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Si les bases techniques de détermination de ces taux d'accroissement venaient à être profondément modifiées, un nouvel indice de variation des cotisations serait défini. Elles peuvent être également revues à tout moment en cas de modification de la législation de base de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

Dans cette hypothèse, vous pourrez résilier le contrat dans les trente jours suivant la date où vous aurez eu

connaissance de cette modification. La résiliation intervient un mois après sa notification. Vous verserez la portion de cotisation calculée sur la base du tarif précédent, au prorata du temps écoulé entre la date du dernier appel de cotisation et la date d'effet de la résiliation.

IV/2- PAIEMENT DE LA COTISATION

A l'adhésion, et ensuite à chaque début d'année, un échéancier des cotisations pour l'année à venir est envoyé au membre participant.

La cotisation est payable d'avance, mensuellement ou trimestriellement (selon le choix effectué lors de l'adhésion). Elle est prélevée sur un compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne, conformément aux indications (dates et montants) figurant sur l'échéancier.

En cours d'adhésion, vous pouvez demander par écrit la modification de la fréquence du paiement. Cette modification s'appliquera au trimestre suivant la demande.

IV/3- DEFAUT DE PAIEMENT

A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, une mise en demeure sera adressée au membre participant. En cas de non paiement intégral de la cotisation dans les 40 jours à compter de la date d'envoi de la mise en demeure, les garanties du contrat peuvent être définitivement résiliées conformément à l'article L 221-7 du Code de la Mutualité.

V/ FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

V/1- REGLEMENT DES PRESTATIONS

Comment obtenir un remboursement ?

- Si votre C.P.A.M. dispose du système NOEMIE assurant un remboursement rapide et automatique, les décomptes seront transmis automatiquement des C.P.A.M. vers notre Centre "Gestion Frais de Santé".
- Si votre département n'a pas encore adhéré à la procédure NOEMIE, vous adresserez vos demandes de remboursement à notre Centre de Gestion des frais de santé :

Centre de Gestion Santé IRCM

CS 50155 - 13395 MARSEILLE cedex 10

Ces demandes devront être accompagnées des décomptes originaux de la Sécurité sociale (les photocopies ne sont pas acceptées) et si nécessaire, des factures acquittées justifiant des frais réels. Tout dossier transmis sans justification des frais réels sera réglé sur la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Pour nous contacter, un seul numéro : 04.91.32.20.40.

Tiers payant

Une carte SANTE vous sera remise peu après votre adhésion. Elle vous permet de bénéficier du tiers payant pour vos dépenses pharmaceutiques et, à condition que votre praticien accepte notre prise en charge, pour :

- vos actes de radiologie ou de laboratoire,
- vos soins dentaires,
- vos dépenses d'auxiliaires médicaux,
- une prothèse auditive
- un véhicule handicapé.

- **En cas d'hospitalisation**, la prise en charge du tiers payant est notifiée en bas de la partie droite de votre carte. Vous devez simplement remettre copie de votre carte de tiers payant Santé lors de la constitution de votre dossier d'admission au centre hospitalier. Si besoin, l'établissement prendra contact directement avec Isanté/ Tiers Payant. En cas de difficultés, contactez votre centre de gestion qui adressera directement un accord de prise en charge spécifique au centre hospitalier.
- Pour vos dépenses d'optique, vous pouvez bénéficier du tiers payant auprès de votre opticien s'il accepte notre prise en charge.

Il vous suffira de présenter votre justificatif d'adhésion à la "GARANTIE SANTE" pour que votre opticien nous fasse parvenir une demande de prise en charge pour la part complémentaire à celle de la Sécurité sociale. Vous n'aurez pas à faire l'avance du montant de notre prise en charge, nous réglerons directement votre opticien.

V/2- MODIFICATIONS EN COURS DE CONTRAT Modifications de la situation du membre participant et des bénéficiaires

Vous devez nous informer de toute modification vous concernant ou visant les autres bénéficiaires qui intervient en cours de contrat et notamment :

- Cessation ou changement d'affiliation d'un bénéficiaire au Régime Obligatoire,
- Changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine,
- Changement de profession.

Cette déclaration doit être faite par lettre recommandée adressée à notre siège social dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance.

Changement de Niveau de garanties

Le changement de niveau de garanties ne peut intervenir qu'après un délai d'un an suivant la date d'effet du Contrat et peut être réalisé une fois par an au 31 décembre de chaque année, en nous prévenant avant le 31 octobre.

Pour ce faire, vous devez nous demander un formulaire de changement de niveau de garanties. Ce changement de niveau de garanties entraîne l'application d'un délai de stage sur les postes non pris en charge par l'ancien niveau de garanties.

S'il s'agit d'un changement de niveau de garanties entraînant une augmentation des garanties, il ne peut pas être réalisé après le 70^{ème} anniversaire.

Les nouvelles garanties choisies par l'adhérent s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires des garanties du contrat. Elles donnent lieu à l'application de nouvelles cotisations et à l'émission d'un nouveau certificat d'adhésion.

V/3- RESILIATION

Vous pouvez mettre fin au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à notre Centre de gestion des frais de santé :

- Chaque année avant le 31 octobre.
- En cas de changement de domicile, de changement de

situation matrimoniale, changement de régime matrimonial, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. Cette résiliation peut intervenir dans les 3 mois suivant l'évènement et prend effet un mois après sa notification.

- En cas d'augmentation de la cotisation annuelle supérieure à la variation de l'indice, selon les dispositions du paragraphe IV/1.

Par ailleurs, le contrat est déclaré nul en cas de :

- réticence ou fausse déclaration de l'Etat Civil à la souscription ou en cours de contrat,
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

L'adhésion cesse de plein droit en cas de décès du membre participant. Dans ce cas, le montant de la cotisation versé d'avance reste acquis au régime.

Dans le cas de résiliation au cours de la période annuelle d'assurance, la cotisation payée sera remboursée au prorata de la période non courue, sauf dans les cas de non paiement des cotisations, de réticence ou fausse déclaration, ou de fraude ou tentative de fraude.

Pour les membres de la famille assurés au titre du contrat les garanties cessent à la date de résiliation du contrat par l'adhérent, au décès de l'adhérent ou au 31 Décembre de l'année civile au cours de laquelle la résiliation de l'assuré est demandée, sous réserve que la demande de radiation parvienne à l'organisme assureur au plus tard le 31 Octobre.

Les membres de la famille, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier des garanties au titre du présent contrat. Toutefois ils pourront à titre individuel souscrire un nouveau contrat individuel en leur nom propre.

Conséquences de la résiliation sur le droit aux prestations.

Les prestations sont dues, pour les soins et traitements en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Pour les adhérents de plus de 70 ans la résiliation est définitive et empêche l'adhérent de souscrire à nouveau le présent contrat.

VI/ LES DISPOSITIONS DIVERSES

VI/1- FACULTE DE RENONCIATION

Vous avez la faculté de renoncer à votre adhésion dans les 30 jours qui suivent le premier paiement de votre cotisation, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Vous recevrez alors le remboursement des cotisations versées, sous déduction des éventuelles prestations déjà accordées dans le cadre du présent contrat, dans le délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée.

Dans tous les cas, les prestations versées doivent être restituées à IRCÉM Mutuelle.

Modèle de lettre à adresser à IRCÉM-Mutuelle : “ Je soussigné [nom, prénom, adresse] déclare renoncer aux garanties prévues par le Certificat d'Adhésion n°... et

demande à recevoir le remboursement intégral des cotisations que j'ai versées ”.

VI/2 - SUBROGATION- ACCIDENT CAUSE PAR UN TIERS

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, nous sommes subrogés, à concurrence du montant desdites prestations, dans les droits et actions du souscripteur ou de ses ayants droits contre les tiers responsables.

VI/3- PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans, à compter de l'évènement qui lui a donné naissance, conformément à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité. La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption, notamment par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par vous-même ou le bénéficiaire à IRCÉM-Mutuelle, en ce qui concerne le règlement des prestations.

VI/4- DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION (Loi 78.17 du 6 janvier 1978)

Les données à caractère personnel recueillies sont nécessaires à la gestion de votre contrat et sont destinées à l'IRCÉM Mutuelle. Elles pourront être transmises à ses prestataires, sous-traitants ou partenaires contractuellement liés.

Compte tenu de ses obligations légales, IRCÉM Mutuelle met en oeuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, sur toute information vous concernant en écrivant à l'IRCÉM Mutuelle, service Relation Clients, situé 261 avenue des Nations Unies - 59672 ROUBAIX cedex 1.

VI/5- SERVICE CONSOMMATEURS ET RECLAMATIONS

Dans les relations entre les co-assureurs et les membres participants, il est toujours possible qu'il y ait des erreurs, des oublis, des incompréhensions qui peuvent mener à des litiges. Dans la plupart des cas, un appel auprès du service compétent de l'IRCÉM Mutuelle résoudra le problème. Dans l'éventualité où la réponse ne vous satisferait pas, n'hésitez pas à écrire à :

IRCÉM MUTUELLE

« Service Médiation »

**261 avenue des nations unies BP 593
59060 ROUBAIX CEDEX 1**

qui est là pour résoudre vos problèmes.

VI/6 – ACTION SOCIALE

En tant que membre participant, vous pouvez bénéficier de l'Action sociale d'IRCÉM Mutuelle. En cas de

difficultés de la vie, vous pouvez le cas échéant, sous réserve de l'admission de votre dossier, bénéficier d'un dispositif d'aides.

VI/ 7 - LOI APPLICABLE

La Loi applicable au présent contrat est la loi Française.

VI/8 - CONTROLE

IRCEM Mutuelle relève de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et Résolution (ACPR) 61 rue Taitbout 75 436 Paris cedex 09.

ANNEXE AU RÈGLEMENT MUTUALISTE GARANTIE SANTÉ CONVENTION D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance sont assurées par **Filassistance International**, S.A. au capital de 3 500 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des Assurances- R.C.S Nanterre B- 433 012 689, siège social : 108 bureaux de la colline 92213 Saint-Cloud cedex.

I/ DÉFINITIONS

Pour mieux nous comprendre, nous avons défini certains termes fréquemment utilisés dans le texte qui suit.

Adhérent : l'assuré titulaire d'un contrat d'assurance Garantie SANTÉ souscrit auprès d'IRCEM Mutuelle, dont le domicile est situé en France métropolitaine (y compris en Corse ou en Principauté de Monaco).

Animaux de compagnie : les animaux considérés usuellement comme familiers tels chiens et chats.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Bénéficiaire(s): tout bénéficiaire de la Garantie SANTE, Niveau 1, Niveau 2 ou Niveau 3.

France : France métropolitaine y compris Principauté de Monaco.

Franchise : part des dommages qui reste à la charge du bénéficiaire.

Hospitalisation : tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures dans un hôpital ou une clinique.

Immobilisation : est considérée comme immobilisée, toute personne se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer.

Maladie : toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

Sinistre : tout événement justifiant l'intervention de **Filassistance International**.

Titre de transport : pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train aller et retour, 1ère classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion aller et retour, classe touriste.

II/ ASSISTANCE INFORMATIONS PRATIQUES

A la demande d'un bénéficiaire et sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h à 18 h (et 24h sur 24, 7j/7 en cas d'urgence), **Filassistance International** recherche et communique le ou les renseignement(s) nécessaire(s) à la résolution des problèmes de la vie familiale et quotidienne.

La responsabilité de **Filassistance International** ne peut en aucun cas être recherchée par le bénéficiaire dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

II/1- RENSEIGNEMENTS VOYAGES

Filassistance International peut fournir des renseignements sur les formalités administratives concernant les pays étrangers dans lesquels le bénéficiaire doit se rendre.

Filassistance International est à la disposition du bénéficiaire pour lui indiquer les obligations en matière de vaccins et les précautions d'usage avant, pendant et après les voyages selon les pays visités.

Elle est également disponible pour venir en aide si le bénéficiaire se trouve confronté à l'étranger à des difficultés pour consulter sur place, par exemple trouver un médecin parlant français ou anglais

II/2- INFORMATIONS SPÉCIALISÉES

Sur simple appel téléphonique, 7 jours/7, l'équipe médico-sociale de **Filassistance International**, dans le respect du rôle du médecin traitant :

- répond aux questions générales d'ordre médical ou diététique (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone),
- aide à la recherche, en accord avec le médecin traitant, des centres de cures spécialisés en France correspondant à l'état de santé du bénéficiaire,
- recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir le bénéficiaire si celui-ci souffre d'un handicap, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera.

III/ ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE À DOMICILE

III/1- RECHERCHE D'UN MÉDECIN

En cas d'accident et d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

Toutefois, en dehors de situations d'urgence, 24h/24 et 7j/7 **Filassistance International** apporte son aide à l'adhérent ou son conjoint, en l'absence du médecin traitant, pour trouver un médecin de garde sur le lieu où survient l'accident ou la maladie (en France métropolitaine et dans la Principauté de Monaco).

En aucun cas la responsabilité de **Filassistance International** ne saurait être engagée si aucun médecin n'était disponible. De plus, **Filassistance International** peut intervenir pour rechercher une infirmière ou un intervenant paramédical.

Les frais de visite ou autres restent à la charge de l'adhérent.

III/2- RÉSERVATION DE LIT EN MILIEU HOSPITALIER ET ACHEMINEMENT

Si le médecin traitant prescrit une hospitalisation, à la demande de l'adhérent ou de son conjoint, et en relation avec le médecin traitant, **Filassistance International** peut aider à la recherche d'un lit en milieu hospitalier le plus proche du domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission.

Sur prescription médicale et si l'adhérent ou son conjoint en fait la demande, **Filassistance International** recherche une ambulance et organise le transport de l'adhérent ou de son conjoint malade ou blessé jusqu'à son lieu d'hospitalisation sans aucune prise en charge financière.

Si le retour au domicile de l'adhérent ou de son conjoint doit s'effectuer en ambulance ou VSL, et si l'adhérent ou son conjoint en fait la demande **Filassistance International** organise son retour, **sans aucune prise en charge financière.**

III/3- ACHEMINEMENT DES MÉDICAMENTS

Sur appel de l'adhérent ou de son conjoint, **Filassistance International** organise et prend en charge l'acheminement de médicaments à son domicile, à condition que ceux-ci soient disponibles dans un rayon maximum de 50 km autour du domicile.

Ces médicaments doivent être indispensables au traitement immédiat (hors renouvellement d'ordonnance) de l'adhérent ou de son conjoint, selon la prescription médicale alors qu'ils sont dans l'incapacité physique de se déplacer et ne peuvent faire intervenir aucun membre de leur entourage.

Le coût du ou des médicament(s) est pris en charge financièrement par l'adhérent.

III/4- ÉCOUTE ET AIDE À LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Sur simple appel du bénéficiaire, lors de la survenance d'un accident, d'une maladie grave, **Filassistance International** peut le mettre en relation avec sa plate-forme d'écoute médico-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, ... destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

IV/ ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 4 JOURS DE L'ASSURÉ OU DE SON CONJOINT

IV/1- AIDE À DOMICILE

Si l'adhérent ou son conjoint est hospitalisé plus de 4 jours, **Filassistance International** met à disposition une aide à domicile, afin de le soulager dans ses tâches et démarches quotidiennes.

Filassistance International prend en charge sa rémunération jusqu'à 30 heures réparties à raison de 3 heures par jour maximum, pendant les 10 jours ouvrés suivant l'hospitalisation, dans la limite de 60 heures par an.

Ou

IV/1'- JARDINAGE OU PETIT BRICOLAGE

Si l'assuré le préfère à l'aide à domicile, mise à disposition d'un prestataire pendant les 10 jours ouvrés suivant son hospitalisation, prise en charge de 18 heures maximum de jardinage ou de bricolage (avec un maximum de 36 heures par année civile).

Un certificat médical doit être adressé à **Filassistance International** avant la mise en œuvre de la prestation. Le nombre d'heures accordées pour cette garantie est déterminé en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'adhérent ou de son conjoint, par le service médico-social de **Filassistance International**.

IV/2- GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS (OU PETITS-ENFANTS) DE MOINS DE 15 ANS

Filassistance International organise et prend en charge la garde des enfants de moins de 15 ans restés au domicile et assure si besoin leur accompagnement à l'école pendant 2 jours si aucun bénéficiaire n'est à même de s'en occuper et si l'adhérent ou son conjoint :

- est hospitalisé plus de 4 jours, ou
- est hospitalisé plus de 24 heures suite à un accident.

Si l'adhérent ou son conjoint le préfère, **Filassistance International** peut organiser et prendre en charge :

- ✓ la venue d'un proche parent résidant en France jusqu'au domicile, ou
- ✓ le transfert des enfants chez un proche parent résidant en France en mettant à disposition un titre de transport.

Ce proche parent devant résider en France Métropolitaine (y compris Corse et Principauté de Monaco) pour les assurés résidant en France Métropolitaine (y compris Corse et Principauté de Monaco),

IV/3- GARDE OU TRANSFERT DES PERSONNES DÉPENDANTES

Filassistance International organise et prend en charge la garde des personnes dépendantes, vivant habituellement au foyer et ne pouvant rester temporairement seules, pendant 2 jours si aucun bénéficiaire ne peut assumer leur garde et si l'adhérent ou son conjoint :

- est hospitalisé plus de 4 jours, ou
- est hospitalisé plus de 24 heures suite à un accident.

Si l'adhérent ou son conjoint le préfère, **Filassistance International** peut organiser et prendre en charge :

- ✓ la venue d'un proche parent résidant en France jusqu'au domicile, ou
- ✓ le transfert des personnes dépendantes chez un proche parent résidant en France en mettant à disposition un titre de transport.

Ce proche parent devant résider en France Métropolitaine (y compris Corse et Principauté de Monaco) pour les assurés résidant en France Métropolitaine (y compris Corse et Principauté de Monaco),

IV/4- PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

Si l'adhérent ou son conjoint est hospitalisé plus de 4 jours, à plus de 50 Km de son domicile, **Filassistance International** organise et prend en charge le transport d'un proche parent, résidant en France Métropolitaine, en mettant à sa disposition un titre de transport aller/retour.

IV/5- GARDE DES ANIMAUX FAMILIERS

Si l'adhérent ou son conjoint est hospitalisé plus de 4 jours, **Filassistance International** organise et prend en

charge la garde à l'extérieur ou l'entretien à domicile des animaux de compagnie (chats, chiens), sous réserve que ceux-ci aient reçu les vaccinations obligatoires.

La prise en charge ne peut excéder une période de 30 jours.

IV/6- RECHERCHE DE PRESTATAIRES

Si l'adhérent ou son conjoint est hospitalisé plus de 4 jours, **Filassistance International** peut rechercher et mettre en relation l'adhérent ou son conjoint avec des intervenants tels que :

- ✓ infirmière,
- ✓ kinésithérapeute,
- ✓ pédicure,
- ✓ services de livraison à domicile,
- ✓ coiffeur.

Le coût de ces interventions reste à la charge de l'adhérent.

IV/7- PLAN D'AIDE À LA CONVALESCENCE

Pendant l'hospitalisation ou lors du retour à domicile de l'assuré ou de son conjoint.

L'équipe pluridisciplinaire de **Filassistance International** réalise avec l'assuré ou sa famille un entretien téléphonique afin d'évaluer sa situation médico-psycho-sociale et d'établir un plan d'aide à la convalescence.

Dans le but de faciliter la vie de la famille pendant et après l'hospitalisation. Les thèmes abordés lors de cet entretien sont les suivants :

- Identification des besoins pour le maintien à domicile.
- Informations sur les droits et démarches administratives : constitution de dossiers, recherche de financements (aides financières publiques, ...), les aides techniques favorisant sa convalescence (mise en relation avec des distributeurs de matériel médical).

V/ ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 10 JOURS DE L'ASSURÉ OU DE SON CONJOINT

V/1- TÉLÉASSISTANCE À LA DEMANDE

Pour toute hospitalisation supérieure à 10 jours, **Filassistance International** met à la disposition de l'assuré un service de téléassistance avec un appareil qui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur, d'accéder à des services de proximité et à la fonction de téléassistance (appels sur la plate-forme d'assistance en cas de malaise, de situation d'urgence).

Prise en charge des frais de mise en service d'un appareil par foyer et d'un mois d'abonnement.

VI/ ASSISTANCE EN CAS DE CHIMIOTHÉRAPIE

VI/1- AIDE À DOMICILE

Pour tout traitement entraînant des séances de chimiothérapie et/ou de radiothérapie, **Filassistance International** met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile à concurrence de 20 heures sur 12 mois glissants.

Le nombre d'heures accordées pour la garantie « aide à domicile » est déterminé en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'adhérent ou de son

conjoint, par le service médico-social de **Filassistance International**.

VI/2- ÉCOUTE ET AIDE À LA RECHERCHE DE PROFESSIONNELS ASSURANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE POUR L'ASSURÉ

Pour tout traitement entraînant des séances de chimiothérapie et/ou de radiothérapie, l'assuré peut être mis en relation avec la plate-forme d'écoute médico-psycho-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales, destinée à lui assurer une écoute adaptée et / ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

VI/3- AIDE À LA RECHERCHE DE FOURNISSEURS DE PERRUQUES

Filassistance International, recherche et communique à l'assuré les coordonnées de fournisseurs de perruques.

Le coût de ces produits restant à la charge de l'assuré ou de l'organisme de protection sociale.

VII/ ASSISTANCE ENFANT MALADE

VII/1- GARDE D'ENFANT MALADE (ENFANT MALADE NÉCESSITANT UNE GARDE PROLONGÉE)

Lorsqu'un enfant de l'adhérent ou de son conjoint ayant droit est malade et que le médecin traitant estime que son état de santé l'oblige à garder le lit, et si aucun autre bénéficiaire ne peut rester à son chevet, **Filassistance International** organise et prend en charge, jusqu'à 30 heures, la garde à domicile par une aide maternelle.

L'appréciation du médecin traitant certifiant la nécessité de maintien à domicile pour problème médical imprévu, doit être confirmée par l'envoi ultérieur d'un certificat médical établi avant l'appel.

La mise à disposition d'une aide maternelle ne s'applique qu'au-delà du congé pour enfant malade prévu légalement ou conventionnellement.

Sa rétribution ne peut dépasser deux interventions par année civile pour chaque enfant assuré.

VII/2 - ÉCOLE À DOMICILE

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant de l'adhérent ou de son conjoint ayant droit l'oblige à garder le lit par suite de maladie ou d'accident, et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours, **Filassistance International** fournit une aide pédagogique à partir du 16^{ème} jour.

Pour cela, **Filassistance International** recherche et prend en charge un répétiteur scolaire se déplaçant à domicile pour donner à l'enfant des cours dans les matières principales, à raison de 10 heures par semaine au maximum (150 heures maximum par année civile et 500 heures pendant toute la durée du contrat).

Cette prestation pédagogique s'adresse exclusivement aux enfants scolarisés en France et n'ayant pas dépassé la classe de 3^{ème}.

Elle ne peut être fournie qu'une fois par année scolaire

pour chacun des enfants de l'adhérent et est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs dans un rayon de 25 km du domicile de celui-ci, et elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires d'été et pendant les jours fériés.

VII/3- GARDE OU TRANSFERT DES AUTRES ENFANTS

Si l'un des enfants de l'adhérent ou de son conjoint est hospitalisé, et si aucun des parents n'est à même de s'occuper des autres enfants restés au domicile, **Filassistance International** organise et prend en charge leur garde pendant 2 jours et assure si besoin, leur accompagnement à l'école pendant ces 2 jours.

Si l'adhérent ou son conjoint le préfère, **Filassistance International** peut organiser et prendre en charge :

- ✓ la venue d'un proche parent résidant en France jusqu'au domicile, ou le transfert des enfants chez un proche parent résidant en France, en mettant à disposition un titre de transport.

Ce proche parent devant résider en France Métropolitaine (y compris Corse et Principauté de Monaco).

VIII/ ASSISTANCE EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE À L'ÉTRANGER

Ces dispositions concernent les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, engagés à l'étranger à la suite d'un accident ou d'une maladie ayant un caractère imprévisible. N'est pas couvert l'accident ou la maladie survenu en France métropolitaine (y compris la Corse et la Principauté de Monaco) ou dans les DOM.

VIII/1- AVANCE DES FRAIS D'HOSPITALISATION

Si, sur place, le bénéficiaire ne peut pas régler ses frais d'hospitalisation, **Filassistance International** en fait l'avance à concurrence de 7.700 euros contre remise d'un chèque de caution.

à son retour, le bénéficiaire demandera le remboursement de ces frais aux organismes sociaux et/ou à tout organisme de prévoyance et remboursera l'avance qui lui aura été consentie.

VIII/2- REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX, PHARMACEUTIQUES, D'HOSPITALISATION ET CHIRURGICAUX À L'ÉTRANGER

Filassistance International rembourse, à son retour, l'adhérent ou son conjoint, à hauteur des frais réellement engagés, dans la limite de 7.700 euros et sous déduction d'une franchise de 40 euros, les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Filassistance International attire l'attention de l'adhérent ou de son conjoint :

- du fait d'un coût très élevé d'hospitalisation dans certains pays (USA, Canada par exemple) le plafond de la garantie pourrait malgré tout être dépassé et exposer le bénéficiaire à supporter l'excédent,
- sur le fait que le montant de 7.700 euros couvre les séjours consécutifs inférieurs à 90 jours.

La prise en charge maximum pour les frais dentaires est de 150 euros.

Sur demande de l'adhérent ou de son conjoint, et dans les mêmes limites, **Filassistance International** peut régler les frais médicaux sur place pendant son voyage ou son séjour. A son retour en France, l'adhérent ou son conjoint reverse à **Filassistance International** les prestations de son organisme de Sécurité sociale et de sa garantie complémentaire relative à ces frais.

Ces dispositions concernent les frais engagés à la suite d'un accident ou d'une maladie imprévisible survenue pendant la durée de la garantie.

Sont pris en charge les frais d'ambulance sur place ordonnés par un médecin, pour effectuer un trajet local, autres que ceux de premiers secours. Le paiement complémentaire de ces frais est fait par **Filassistance International** à l'adhérent ou son conjoint, dès son retour en France, sur présentation de toutes pièces justificatives et après recours auprès de la Sécurité sociale ou tout autre régime de prévoyance collective. L'adhérent ou son conjoint s'engage à effectuer toutes les démarches nécessaires auprès de ces organismes.

IX/ PRESTATIONS D'AIDE AUX AIDANTS

IX/1- SERVICES « À LA CARTE »

Filassistance International aide l'adhérent à la recherche d'un prestataire, et les met en relation si nécessaire, sous réserve des disponibilités locales :

- livraison de repas, de courses, de médicaments,
- télésecrétariat, garde du domicile (vigile),
- garde des petits-enfants, des animaux de compagnie,
- aide-ménagère, accompagnateur dans les déplacements,
- auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux,
- coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service « blanchisserie »,
- tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 Kms du domicile ...).

Information sur les services à la carte qui peuvent être financés par les Chèques Emploi Service Universel (ou CESU) et les droits à réductions d'impôt.

IX/2- BILAN 360° DE L'AIDANT

Le bilan « 360° de l'aidant » de **Filassistance International** permet d'analyser la situation du « couple » aidant/dépendant ou handicapé et de proposer les solutions adéquates. Il s'agit d'effectuer téléphoniquement un bilan global de la situation pour l'assuré aidant et la personne dépendante ou handicapée en tenant compte du contexte et des conditions de vie, de l'entourage, des ressources financières, etc.

Pour cela, **Filassistance International** a élaboré un outil interne permettant de cibler et de personnaliser les actions et solutions proposées par rapport à la situation de vie du couple assuré aidant/proche aidé.

Cet outil d'évaluation permet d'identifier la charge de travail de l'assuré aidant ainsi que sa pénibilité et de lui proposer des solutions adaptées et à valeur ajoutée.

IX/3- INFORMATIONS ET AIDES DANS LES DÉMARCHES

Sur simple appel téléphonique et 7 jours sur 7, **Filassistance International** aide l'adhérent dans la constitution du dossier lié à la dépendance ou le handicap d'un proche parent devenu dépendant ou handicapé.

(Par exemple pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée).

X/ DÉCLARATION DU SINISTRE – DÉCHÉANCE

Le bénéficiaire est tenu de déclarer à **Filassistance International** tout fait pouvant entraîner la mise en œuvre d'au moins une des prestations prévues au contrat, et ce dans les 5 jours de sa survenance ou, s'il l'avait ignoré jusque là, de sa connaissance par le bénéficiaire.

À défaut de respect de ce délai, sauf cas fortuit ou force majeure, le bénéficiaire s'expose à un refus de prise en charge du sinistre.

XI/ DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Filassistance International intervient 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, toute l'année. Toutefois, les prestations garanties ne peuvent être déclenchées qu'avec l'**accord préalable de Filassistance International**. Ainsi, il est indispensable de la contacter en précisant le n° de contrat F 04 S 0085 afin d'obtenir un numéro de dossier, qui seul justifiera une prise en charge des interventions.

À ce titre, **Filassistance International** met à la disposition des bénéficiaires le numéro de téléphone suivant : **01 47 11 24 91** (prix d'un appel local).

À défaut de respecter cet accord préalable, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire n'est remboursée, à l'exception des frais médicaux engagés à l'étranger.

XII/ RÉGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de **Filassistance International**, le bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais doit obligatoirement adresser les pièces justificatives originales à **Filassistance International**, notamment un certificat médical, un bulletin d'hospitalisation, etc...

Le règlement des prestations intervient dans les 15 jours suivant la réception desdites pièces par **Filassistance International**, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

Ce règlement est versé soit au bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

XIII/ CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

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

Filassistance International ne peut pas être tenue responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution provoqués par : la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, la réquisition des hommes et du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées, les conflits sociaux tels que grèves, émeutes, mouvements populaires..., les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat, les interdictions décidées par les autorités locales.

XIV/ EXCLUSIONS GÉNÉRALES

EXCLUSIONS COMMUNES

Filassistance International ne peut intervenir pour l'organisation des premiers secours, qui restent à la charge des autorités locales. Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'adhérent lors de la durée de la garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de **Filassistance International** les conséquences :

- de tentative de suicide du bénéficiaire,
- des états résultants de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit,
- d'un état d'alcoolémie supérieur au taux légal de tolérance,
- de la pratique d'un sport dans le cadre d'une compétition officielle organisée par une fédération sportive et pour laquelle une licence est délivrée,
- de la participation du bénéficiaire à toutes épreuves, courses, compétitions motorisées ou leurs essais,
- des infractions à la législation en vigueur en France, commises de façon volontaire (faits intentionnellement causés ou provoqués par le bénéficiaire, la participation à un crime ou un délit, etc...).

Sont également exclus :

- le décès par suicide au cours de la 1^{ère} année suivant la date d'effet du présent contrat,
- les frais de restauration, de taxi ou d'hôtel engagés à l'initiative du bénéficiaire sans l'accord préalable de **Filassistance International** (sauf en cas de force majeure).

EXCLUSIONS CONCERNANT

LE REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX À L'ÉTRANGER

Sont exclus et n'entraînent aucune prestation de la part de **Filassistance International** :

- les frais médicaux engagés pour un traitement

prescrit en France avant le départ ou nécessitant un contrôle médical régulier,

- les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux ou d'hospitalisations consécutives à des pathologies préexistantes et aux complications qui peuvent en découler,
- les frais consécutifs à une tentative de suicide, à l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants non ordonnés médicalement ou obtenus frauduleusement,
- les frais occasionnés lors de séjours à l'étranger supérieurs à 90 jours consécutifs,
- les frais occasionnés par les interruptions volontaires de grossesse et les complications qui peuvent y être liées,
- les frais résultant de la complication d'un état de grossesse et dans tous les cas les frais occasionnés par des états de grossesse au delà du 6^{ème} mois,
- les frais consécutifs à une maladie chronique ou à une maladie mentale,
- tous frais relatifs à un traitement ordonné en France avant le départ ou après le retour, sauf cas d'aggravation imprévisible.

XV/ SUBROGATION

Conformément à l'article L 121-12 du Code des Assurances, **Filassistance International** est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire contre tout responsable du dommage, à concurrence de la prestation payée par elle.

Le bénéficiaire doit informer **Filassistance International** de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage corporel dont il a été victime.