

Cahier juridique pour les Individuels
en complémentaire santé
applicable au 1^{er} janvier 2018

Statuts de la Mutuelle Intégrance (p.2)

Règlement Intérieur (p.12)

Règlement mutualiste
des offres ESSENTIELLES (p.15)

Règlement mutualiste
des offres SOLIDAIRES (p.27)

Notice d'information
Intégrance Assistance (p.39)



Statuts de la Mutuelle Intégrance

SOMMAIRE

TITRE I^{ER} - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Chap. 1 - Formation et objet de la Mutuelle

Chap. 2 - Conditions d'admission,
de démission, de radiation et d'exclusion

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chap. 1 - Assemblée Générale

Chap. 2 - Conseil d'Administration

Chap. 3 - Président et Bureau

Chap. 4 - Organisation des sections

Chap. 5 - Organisation financière

TITRE III - DISPOSITIONS DIVERSES

TITRE I^{ER} - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 - Formation et objet de la Mutuelle

Article 1 : Créée sous l'égide de l'Union nationale des associations de parents et amis des personnes handicapées mentales (U.N.A.P.E.I.), une Mutuelle appelée « Intégrance » est établie à Paris 18^{ème}, 89 rue Damrémont. Immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 3403590900, elle est régie par le livre II du Code de la Mutualité.

La Mutuelle Intégrance est membre de la SGAPS (Société de groupe assurantiel de protection sociale) Apicil.

L'identifiant d'entité juridique (LEI) de la Mutuelle Intégrance est le 969500XMI0H3DJ6QIS53.

La Mutuelle Intégrance est adhérente à la Fédération Nationale de la Mutualité Française (F.N.M.F), reconnue d'utilité publique et immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 304 426 240.

Article 2 : La Mutuelle a pour objet :

- de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie afin de favoriser l'accès aux soins, prioritairement, des personnes handicapées et âgées, de leur famille et de tous ceux qui leur apportent leur concours ;

- de mener toute action de nature à permettre le développement moral, intellectuel et physique de

ses membres ;

- de participer éventuellement à la protection complémentaire en matière de santé instaurée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, dans les conditions prévues par ce texte ainsi que par ses dispositions d'application ;

- de proposer des formules de prévoyance individuelle et collective ainsi que des produits d'assurance vie.

La Mutuelle peut conclure, au bénéfice de ses membres, tout contrat collectif auprès d'une autre mutuelle ou union de mutuelles régie par le livre II du Code de la Mutualité, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale ou relevant de l'article L.732-1 du Code Rural ou entreprise d'assurance régie par le Code des Assurances, pour la couverture des risques ou la constitution des avantages mentionnés à l'article L.111-1 du Code de la Mutualité. Dans ce cas, bien que la Mutuelle ne soit pas l'assureur direct des risques relatifs à ces opérations, elle reste l'interlocuteur de ses adhérents.

La Mutuelle peut recourir à des intermédiaires d'assurance, notamment des courtiers afin de distribuer des produits entrant dans l'objet de la Mutuelle.

La Mutuelle peut confier tout ou partie de sa gestion technique ou administrative à des organismes habilités pour ce faire.

La Mutuelle peut également faire de l'indication d'assurance de biens, dans le cadre d'un partenariat avec un organisme tiers.

La Mutuelle peut passer convention avec toute mutuelle ou union de mutuelles régie par les dispositions du Livre I ou III du Code de la Mutualité, afin de faire bénéficier ses adhérents de leurs services.

La Mutuelle peut également adhérer à une union de groupe mutualiste, définie à l'article L.111-4-1 du Code de la Mutualité ainsi qu'à un groupe prudentiel tel que défini au 5° de l'article 356-1 du Code des assurances, qu'il soit régi par le Code de la Mutualité, le Code de la Sécurité sociale ou le Code des Assurances.

Article 3 : Un règlement intérieur, établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assem-

blée Générale, détermine les conditions d'application des présents statuts.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts.

Le Conseil d'Administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la prochaine Assemblée Générale.

Article 4 : Les instances dirigeantes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la Mutualité tels que les définit l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

Article 5 : En application des articles L.114-1 et L.221-6 du Code de la Mutualité, un règlement mutualiste (opérations individuelles) et une notice d'information (opérations collectives), définissent le contenu et la durée des engagements existants entre le membre participant ou honoraire et la Mutuelle, relatifs aux prestations et aux cotisations. Le document approprié est diffusé à l'ensemble des adhérents concernés.

CHAPITRE 2 - Conditions d'admission, de démission, de radiation et d'exclusion

SECTION I - Conditions d'admission

Article 6 : La Mutuelle admet des membres participants et des membres honoraires.

Les membres honoraires sont des personnes physiques qui versent des cotisations (cotisation annuelle dont le montant est arrêté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration), des contributions ou font des dons à la Mutuelle sans bénéficier des prestations.

Les adhérents au contrat Épargne-Handicap, qui au moment de la souscription, versent une contribution (dont le montant est arrêté par le Conseil d'Administration), acquièrent la qualité de membre honoraire pendant toute la durée du contrat.

Article 7 : L'adhésion à la Mutuelle est annuelle, renouvelable par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année. Toute personne peut adhérer à la Mutuelle notamment celle remplissant les conditions suivantes :

1 - relever du régime général de la Sécurité sociale, du régime agricole, du régime local Alsace Moselle et des régimes spécifiques aux professions non salariées ;

2 - et en outre :

- soit bénéficier ou être susceptible de bénéficier

des dispositions de la loi du 3 janvier 1968 modifiée par la loi du 5 mars 2007 et/ou de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et/ou de la loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, et/ou de la loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie du 20 juillet 2001 et/ou des dispositions relatives aux accidents du travail ou à l'invalidité ;

- soit connaître un handicap social, tel que visé notamment par la loi du 29 juillet 1998, se manifestant par une importante difficulté d'insertion dans la société, une précarité sociale persistante ou une exclusion de la vie professionnelle ou sociale ;

- soit, sans pouvoir se prévaloir des dispositions précédemment énoncées, être atteint d'une déficience due à l'âge, entraînant une incapacité ou une dépendance importante ;

- soit appartenir à la famille d'une personne handicapée, accidentée du travail ou invalide ;

- soit être bénévole ou salarié, d'une association, d'un établissement ou d'un service spécialisé apportant son concours aux personnes handicapées, à des accidentés du travail, à des personnes invalides, à des personnes âgées ou à des personnes en situation de précarité ou d'exclusion.

Sont considérés comme membres participants les chefs de famille qui adhèrent dans le cadre du Complément Santé.

Sont considérés comme membres bénéficiaires, les ayants droit du chef de famille inscrits au Complément Santé. Les ayants droit sont :

- le conjoint, le concubin ou la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité ;

- les enfants du membre participant ;

- les membres de la famille de ce dernier concernés par l'article L.313-3-4° du Code de la Sécurité sociale.

Les membres bénéficiaires ne sont pas membres participants.

Article 8 : Dans le cadre d'adhésion individuelle, acquièrent la qualité d'adhérent à la Mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 et qui font acte d'adhésion matérialisé par la signature du bulletin d'adhésion.

L'admission des membres est décidée par le Conseil d'Administration qui peut déléguer l'exercice de cette prérogative.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste.

Toute modification des statuts est portée à la connaissance de chaque adhérent.

Le décès du chef de famille n'entraîne pas la radiation de plein droit du ou des ayants droit, membres bénéficiaires définis à l'article 7 des statuts. En présence d'un conjoint survivant ou de tout ayant droit âgé de plus de 16 ans, leur adhésion se poursuit. Par ordre de priorité, le conjoint survivant puis l'ayant droit le plus âgé deviennent chef de famille. La cotisation est adaptée à cette nouvelle structure familiale.

Article 9 : Dans le cadre d'opérations collectives facultatives, la qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature d'une demande d'affiliation qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, de la notice d'information et du contrat conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

Dans le cadre d'opérations collectives obligatoires, la qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature d'un contrat souscrit par l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle, en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

SECTION II - Démission, radiation, exclusion et résiliations diverses

Article 10 : Sauf cas particuliers soumis au Conseil d'Administration, la démission est donnée par courrier recommandé, avant le 31 octobre de l'année en cours, pour être effective au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Article 11 : Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions impératives auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration qui peut déléguer l'exercice de cette prérogative.

Sont également radiés les membres participants dont les garanties ont été résiliées, pour défaut de paiement des cotisations, dans les conditions prévues aux articles L.221-7, L.221-8 et L.221-17 du Code de la Mutualité.

Il peut toutefois être sursis par le Conseil à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances exceptionnelles et indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation. Le Conseil d'Administration peut déléguer l'exercice de cette prérogative.

Article 12 : Peuvent être exclus les membres qui

auraient causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

Article 13 : Par exception à l'article 10, la résiliation de la garantie au motif du bénéfice CMU prend effet au premier jour du mois du bénéfice de cette couverture.

La résiliation est effectuée sur la base de la production d'une attestation CMU.

Article 14 : La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf stipulations contraires prévues au règlement mutualiste ou à la notice d'information. Aucune prestation dont les soins sont intervenus après la date d'effet de la démission, de la radiation ou de l'exclusion ne peut être servie.

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 - Assemblée Générale

SECTION I - Composition, élection

Article 15 : Tous les membres participants et honoraires sont répartis en sections de vote. L'étendue et la composition des sections de vote sont fixées par le Conseil d'Administration et définies à l'article 2 du règlement intérieur.

Article 16 : L'Assemblée Générale est composée des délégués des sections de vote.

Article 17-1 : Exercice du droit de vote et éligibilité
Les membres participants et honoraires de chaque section élisent, dans les conditions définies ci-après, les délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle. Les délégués sont élus pour six ans.

Les membres participants et honoraires présents au 31 décembre de l'année précédant les élections et jouissant de leurs droits civiques sont électeurs et éligibles au sein de l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Toutefois, conformément à l'article L.5 du Code Électoral, les personnes bénéficiant d'une mesure de tutelle ouverte ou renouvelée à compter du 1^{er}

janvier 2009, pour lesquelles le juge des tutelles a supprimé le droit de vote, ne sont ni électeurs ni éligibles.

Les personnes bénéficiant d'une mesure de tutelle mise en place antérieurement au 1er janvier 2009, et non renouvelée depuis cette date, ne sont ni électeurs (sauf autorisation expresse du juge des tutelles) ni éligibles.

Dans le cadre d'une mesure de protection juridique, le représentant légal ne peut en aucun cas se substituer au majeur protégé dans l'exercice de sa citoyenneté.

Article 17-2 : Commission d'examen des candidatures

Compte tenu de la composition des effectifs de la Mutuelle, la Commission d'examen des candidatures procède à la recevabilité des candidatures et à la vérification de la réelle capacité de réflexion et de décision des candidats.

La Commission d'examen des candidatures est composée de 5 membres, non administrateurs. Ses membres sont élus parmi les délégués par l'Assemblée Générale pour une durée de quatre ans.

Article 17-3 : Élections des délégués

Les élections des délégués ont lieu à bulletins secrets au scrutin plurinominal à un tour. Il est procédé à l'élection des délégués par correspondance.

L'élection a lieu à la majorité relative à condition de réunir 10 % au moins des suffrages exprimés. Au cas où cette condition ne serait pas remplie, il est procédé à un second tour de scrutin.

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus âgé. Les membres de l'Assemblée Générale sont rééligibles.

Article 18 : En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause, d'un délégué, le poste de ce dernier est pourvu lors du prochain renouvellement de l'Assemblée Générale. Le Conseil d'Administration peut toutefois décider d'organiser l'élection anticipée du poste vacant. Le délégué ainsi élu achève le mandat de son prédécesseur.

Article 19 : Chaque section élit un délégué par fraction de 1000 chefs de famille. Si une section comportait moins de 1000 chefs de famille, elle serait, pour ce vote, rattachée à une section d'une agence adjacente.

Chaque délégué dispose d'une voix à l'Assemblée Générale.

Le nombre de postes à pourvoir est déterminé sur la base des effectifs des chefs de famille de la Mutuelle, arrêtés au 31 décembre de l'année précédant les élections.

Article 20 : Le délégué empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut donner procuration à un autre délégué. Un même délégué ne peut réunir plus de trois mandats.

Tout délégué absent à deux réunions consécutives de l'Assemblée Générale et n'ayant pas donné procuration à cette occasion s'expose, après avoir été convoqué, à être déchu de son mandat, sur décision du Conseil d'Administration et ratification de l'Assemblée Générale. Il est pourvu à son remplacement dans les conditions mentionnées à l'article 18 des statuts.

SECTION II - Réunion de l'Assemblée Générale

Article 21 : L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration. L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

- 1 - la majorité des administrateurs composant le Conseil ;
- 2 - les commissaires aux comptes ;
- 3 - l'autorité de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participant ;
- 4 - le Conseil d'administration de la SGAPS Apicil, en cas de motif grave ;
- 5 - un administrateur provisoire nommé par l'autorité de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, à la demande d'un ou plusieurs membres participants ;
- 6 - les liquidateurs.

Article 22 : À défaut de convocation, le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 23 : L'Assemblée Générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion. Chaque délégué reçoit, au préalable, les documents mentionnés à l'article L.114-14 du Code de la Mutualité. Lorsque le quorum fixé à l'article 27 n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale est convoquée. Dans ce cas, le délai entre la date de convocation à cette Assemblée Générale et la tenue

de celle-ci est de six jours, au moins.

L'ordre du jour des Assemblées Générales est fixé par le Conseil d'Administration à la majorité de ses membres. Il doit être joint aux convocations.

Toute question dont l'examen est demandé huit jours au moins avant l'Assemblée Générale, par le quart au moins des membres de la Mutuelle, est obligatoirement soumise à l'Assemblée Générale.

Est nulle toute décision prise au cours d'une réunion de l'Assemblée Générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale.

SECTION III - Attributions de l'Assemblée Générale

Article 24 : L'Assemblée Générale procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation. L'Assemblée Générale est appelée à se prononcer sur :

- 1 - les modifications des statuts,
- 2 - les activités exercées,
- 3 - l'existence et le montant des droits d'adhésion,
- 4 - le montant du fonds d'établissement,
- 5 - les montants ou les taux de cotisations et les prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles définies par l'article L.221-2-II du Code de la mutualité, ainsi que le contenu du règlement mutualiste défini par l'article L.114-1, 6ème alinéa du Code de la Mutualité,
- 6 - l'adhésion à un groupe prudentiel défini au 5° de l'article L.356-1 du Code des assurances, à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'un groupe prudentiel défini au 5° de l'article L.356-1 du Code des assurances, d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre Mutuelle ou union,
- 7 - les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- 8 - l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la Mutualité,
- 9 - le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- 10 - le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- 11 - le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité,
- 12 - le plan prévisionnel de financement prévu à

l'article L.310-4 du Code de la Mutualité,

13 - toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée Générale décide :

- 1 - la nomination des commissaires aux comptes,
- 2 - la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle,
- 3 - les délégations de pouvoir prévues à l'article 25 des présents statuts,
- 4 - les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité.

Article 25 : Pour la détermination des montants ou des taux de cotisation et des prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles définies par l'article L.221-2-II du Code de la Mutualité ou pour la modification du règlement mutualiste, l'Assemblée Générale peut déléguer ses pouvoirs, en tout ou partie, au Conseil d'Administration. Cette délégation doit être confirmée annuellement. Les décisions prises au titre de cette délégation sont transmises pour information à la plus proche Assemblée Générale.

Article 26 : Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au Code de la Mutualité. De manière générale, l'adhésion induit que l'adhérent rejoint l'ensemble de la collectivité des membres de la Mutuelle pour laquelle s'appliquent toutes les décisions que l'Assemblée Générale de la Mutuelle Intégrance est conduite à prendre.

SECTION IV - Modalités de vote de l'Assemblée Générale

Article 27 : Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 25 des présents statuts, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée Générale délibère valablement si la moitié au moins des délégués constituant l'Assemblée Générale sont présents ou représentés.

À défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée. Elle délibère valablement si le quart au moins des délégués constituant l'Assemblée Générale sont présents ou représentés.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués présents ou représentés, à l'exception des modifications statutaires qui requièrent la majorité des deux tiers des délégués présents ou représentés.

Article 28 : Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées à l'article précédent, l'Assemblée délibère valablement si le quart au moins des délégués constituant l'Assemblée Générale sont présents ou représentés. À défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents ou représentés. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués présents ou représentés.

CHAPITRE 2 - Conseil d'Administration

SECTION I - Composition, élection

Article 29 : La Mutuelle est administrée par un Conseil dont les membres sont élus parmi les membres participants et honoraires à jour de leurs cotisations.

Pour être éligibles au Conseil d'Administration, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans accomplis ;
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection ;
- n'avoir fait l'objet d'aucune des condamnations énumérées à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

Le nombre des administrateurs ayant dépassé la limite d'âge, fixée à 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'Administration. Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé.

Les anciens Présidents sont membres de droit du Conseil d'Administration, dès lors qu'ils sont toujours adhérents à la Mutuelle.

Le Président peut inviter les anciens Administrateurs aux séances du Conseil d'Administration. Ils participent aux réunions avec voix consultative.

Article 30 : Le Conseil d'Administration est composé, pour les deux tiers au moins, de membres participants. Le nombre d'Administrateurs, fixé par délibération de l'Assemblée Générale, sur proposition du Conseil d'Administration, est compris entre 10 au moins et 25 au plus.

Les membres du Conseil sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée Générale, pour six ans, au scrutin plurinominal majoritaire à deux tours.

Nul n'est élu au premier tour de scrutin s'il n'a pas réuni la majorité absolue des suffrages exprimés. Au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative. Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus âgé.

De plus, deux représentants des salariés de la Mutuelle assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'Administration.

Ils sont élus, pour une durée de deux ans, par le personnel permanent selon le système du scrutin uninominal majoritaire à deux tours. Sont électeurs et éligibles les membres du personnel ayant une ancienneté minimale d'un an et n'ayant encouru aucune des condamnations prévues aux articles L.5 à L.7 du Code Électoral. Pour être élu au premier tour du scrutin, la majorité absolue des suffrages exprimés est requise. Au deuxième tour, la majorité relative suffit. En cas de partage égal des voix, l'élection est acquise au plus âgé des candidats.

Article 31 : Le renouvellement du Conseil a lieu par tiers tous les deux ans.

Les membres sortants sont rééligibles.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 29 ;
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du Code de la Mutualité relatif au cumul ; dans ce cas, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article ;
- un mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

Article 32 : Lors de la première élection du Conseil d'Administration et en cas de renouvellement complet, le Conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres sont soumis à réélection.

Article 33 : En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission, perte de qualité d'adhérent ou par cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle

prudentiel et de résolution en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier ou toute autre cause, d'un administrateur, il peut être pourvu provisoirement par le Conseil d'administration à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale qui suit ; si la nomination faite par le Conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum statutaire du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée Générale est convoquée par le Président afin de procéder à l'élection de nouveaux administrateurs.

SECTION II - Réunions

Article 34 : Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins trois fois par an. La convocation est obligatoire quand elle est demandée par la moitié au moins des membres du Conseil.

Le Dirigeant opérationnel assiste à toutes les réunions du Conseil d'administration.

Article 35 : Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Il prend ses décisions à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

Article 36 : Le Conseil d'Administration peut déclarer démissionnaire d'office de ses fonctions, tout administrateur absent sans motif valable à trois séances au cours de la même année. Cette décision est ratifiée par l'Assemblée Générale.

SECTION III - Attributions du Conseil d'Administration

Article 37 : Le Conseil dispose, pour l'administration et la gestion de la Mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée Générale par le Code de la Mutualité et les présents statuts.

Article 38 : Le Conseil d'Administration adopte annuellement les budgets prévisionnels de la Mutuelle. Le Conseil d'Administration détermine les montants ou les taux de cotisations et les prestations offertes dans le cadre des opérations collectives définies par l'article L221-2-III du Code de la Mutualité.

Il procède également à la création et à la révision des notices d'information des contrats collectifs.

Le Conseil d'Administration établit un rapport de gestion, ainsi qu'un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, prévu à l'article L212-6 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration établit un rapport de solvabilité (article L.212-3 du Code de la Mutualité). Le Conseil d'Administration rédige un rapport dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion. Il présente ce rapport à l'Assemblée Générale. De manière générale, le Conseil d'Administration exécute toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la réglementation applicable aux mutuelles ou par les décisions de l'Assemblée Générale.

Article 39 : Le Conseil peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs, soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs Administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes de gestion, dont les membres sont choisis parmi les Administrateurs, soit aux organes de gestion des sections de la Mutuelle.

Article 40 : Le Conseil consent au Dirigeant opérationnel les délégations de pouvoir nécessaires en vue d'assurer, dans le cadre des textes législatifs et réglementaires et sous son contrôle, la direction effective de la Mutuelle.

SECTION IV - Obligations des Administrateurs et du Dirigeant opérationnel

Article 41 : Les fonctions d'Administrateur sont gratuites. La Mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses Administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du Code de la Mutualité.

Il est interdit aux Administrateurs de prendre ou de conserver un intérêt, direct ou indirect, dans une entreprise ayant traité avec la Mutuelle ou dans un marché passé avec celle-ci.

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes

rémunérations ou tous avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du Code de la Mutualité.

Article 42 : Aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un Administrateur ou à un Dirigeant opérationnel (Article L.114-31 du Code de la Mutualité).
Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

Article 43 : Les membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat (Article L.114-28 du Code de la Mutualité).

Article 44 : Les Administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la Loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.
Les Administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'Administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération de mutuelles. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard.

Les Administrateurs sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

Article 45 : La responsabilité civile des Administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

SECTION V - Conventions entre la Mutuelle et un Administrateur ou le Dirigeant opérationnel

Article 46 : Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses Administrateurs, telles que définies par décret pris en application de l'article L.114-33 du Code de la Mutualité, sont communiquées par ce dernier au Président du Conseil d'Administration. La liste et l'objet des dites conventions sont communiqués par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'Assemblée Générale

dans les conditions de l'article L.114-33 du Code de la Mutualité.

Article 47 : Sous réserve des dispositions de l'article 48, toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses Administrateurs ou le Dirigeant opérationnel, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion, est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration.

Il en va de même des conventions auxquelles un Administrateur ou le Dirigeant opérationnel est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la Mutuelle par personne interposée ainsi que les conventions intervenant entre la Mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des Administrateurs ou le Dirigeant opérationnel de la Mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un Administrateur ou le Dirigeant opérationnel et toute personne morale appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité.

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L.114-35 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisation qui lui sont adressées au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

Article 48 : Il est interdit aux Administrateurs et au Dirigeant opérationnel de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser leurs engagements envers les tiers.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'Administrateur, en bénéficiant aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la Mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre. Dans tous les cas, le Conseil d'Administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des Administrateurs.

La même interdiction s'applique aux conjoints, as-

cendants et descendants des Administrateurs ainsi qu'à toute personne interposée.

CHAPITRE 3 - Président et Bureau

SECTION I - Election, composition, réunions

Article 49 : Le Bureau est élu parmi les membres du Conseil d'Administration à bulletins secrets, dans les conditions suivantes : le Président et les membres du Bureau sont élus pour deux ans par le Conseil d'Administration au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale annuelle. Le Bureau peut également comporter des membres supplémentaires, sans fonction particulière, dans la limite de 2. Le Président peut inviter les anciens Présidents, sous réserve qu'ils soient toujours adhérents à la Mutuelle, aux séances du Bureau, avec voix consultative. Le Président est révocable à tout moment par le Conseil d'Administration.

Article 50 : Dans le cadre des dispositions de l'article 49, le Bureau se compose notamment :

- d'un Président ;
- d'un ou plusieurs Vice-Présidents ;
- d'un Trésorier ;
- d'un Trésorier Adjoint ;
- d'un Secrétaire ;
- d'un Secrétaire Adjoint.

Article 51 : Les Vice-Présidents secondent le Président. En cas d'empêchement du Président, le plus âgé des Vice-Présidents le supplée dans toutes ses fonctions avec les mêmes pouvoirs.

En cas de décès, de démission, de cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier ou de perte de la qualité d'adhérent du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection.

Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-Président le plus âgé.

SECTION II - Attributions des membres du Bureau

Article 52 : Le Président représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il veille à la régularité du fonctionnement de la Mutuelle, conformément au Code de la Mutualité et aux statuts. Il préside les réunions du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales. Il engage les dépenses.

Article 53 : Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Dirigeant opérationnel ou à des salariés de la Mutuelle, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Le dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle, de la délégation mentionnée à l'article 40 et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément à l'Assemblée générale, au Conseil d'administration et au Président.

Article 54 : Le Secrétaire, à défaut le Secrétaire Adjoint, contrôle les convocations, la rédaction des procès-verbaux et la conservation des archives des instances politiques de la Mutuelle.

Article 55 : Le Trésorier, à défaut le Trésorier Adjoint, contrôle les opérations financières de la Mutuelle et en particulier :

- la tenue des comptes ;
- le processus budgétaire ;
- la politique de placements.

SECTION III - Réunion et délibérations

Article 56 : Le Bureau se réunit, sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle.

La convocation est envoyée aux membres du Bureau cinq jours francs au moins avant la date de la réunion, sauf cas d'urgence.

Le Président peut inviter des personnes extérieures au Bureau à assister aux réunions du Bureau.

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

CHAPITRE 4 - Organisation des sections de la Mutuelle

SECTION I - Sections locales administratives

Article 57 : Les membres de la Mutuelle sont groupés en sections locales. Celles-ci sont créées par décision du Conseil d'Administration.

Article 58 : Le règlement intérieur fixe les modalités de fonctionnement des sections locales administratives de la Mutuelle.

CHAPITRE 5 - Organisation financière

SECTION I - Recettes et dépenses

Article 59 : Les recettes de la Mutuelle comprennent :

- 1 - les cotisations complémentaire santé des adhérents ;
- 2 - les cotisations des membres honoraires ;
- 3 - les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
- 4 - plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la Loi.

Article 60 : Les dépenses comprennent :

- 1 - les diverses prestations servies aux adhérents ;
- 2 - les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
- 3 - les versements faits aux Unions et Fédérations ;
- 4 - le versement des aides exceptionnelles entrant dans le cadre de l'aide sociale ;
- 5 - plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par la loi.

SECTION II - Modes de placement et de retrait des fonds - Règles de sécurité financière

Article 61 : Le Conseil d'Administration décide du placement et du retrait des fonds de la Mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'Assemblée Générale.

Article 62 : La Mutuelle adhère au Système fédéral de garantie (SFG) de la Mutualité française, qui a pour vocation de prendre en charge le remboursement des frais d'actes médicaux/chirurgicaux dus aux personnes physiques bénéficiaires, par les mutuelles qui se trouvent dans l'incapacité de faire face à leurs engagements.

SECTION III - Comité d'Audit et commissaire aux comptes

Article 63 : Un comité d'audit, créé par le Conseil d'Administration, est chargé d'aider le Conseil d'Administration à se positionner et à exercer sa responsabilité sur la clôture comptable, l'information financière, le contrôle interne, la gestion des risques, ainsi que l'audit interne et externe. Il se réunit au moins deux fois par an.

Article 64 : Le commissaire aux comptes porte à la connaissance du Conseil d'Administration et du comité d'audit, les contrôles et vérifications auxquels il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales. Il signale, dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale, les irrégularités et

inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

TITRE III - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 65 : En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article 27 des statuts.

L'Assemblée Générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'Administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des Administrateurs et des membres de la commission de contrôle statutaire.

L'Assemblée Générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les attributions qu'elle possédait avant la nomination du ou des liquidateurs. Elle confère, s'il y a lieu, tous les pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 27 des présents statuts à d'autres Mutuelles ou unions ou Fonds National de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L.421-1 du Code de la Mutualité ou au Fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la Mutualité.

Article 66 : Une médiation est mise en place en cas de contestation relative aux garanties d'assurance souscrites.

La médiation est assurée par la médiation de la Fédération de la Mutualité Française. Le Médiateur peut être saisi par l'adhérent ou son ayant droit après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à la Mutuelle.

Le médiateur peut être saisi :

- soit par courrier à l'adresse suivante :
Monsieur le Médiateur, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15

- soit par mail à : mediation@mutualite.fr

Le recours à la médiation est gratuit pour le membre participant.

Le règlement de la médiation de la Fédération de la Mutualité Française s'applique à la Mutuelle, à ses membres participants et ayants droit qui choisissent de recourir au médiateur de la médiation de la Fédération de la Mutualité Française.

Article 67 : Le montant du fonds d'établissement est de 228.600 euros.

Règlement intérieur

SOMMAIRE

CHAP. I - Organisation politique

CHAP. II - Organisation administrative

CHAP. III - Organisation financière

CHAP. IV - Divers

Article 1 : Objet

Le présent règlement intérieur, établi en application de l'article 3 des statuts, a pour objet de déterminer les modalités de mise en œuvre desdits statuts.

CHAPITRE I - Organisation politique

Article 2 : Modalités de l'élection des délégués à l'Assemblée Générale

L'élection des délégués à l'Assemblée Générale donne lieu à un appel à candidature auprès des membres participants et honoraires disposant du droit de vote. Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au Président, au moins 45 jours avant l'élection, afin d'être soumises à la Commission d'examen des candidatures.

Les sections de votes visées à l'article 15 des statuts sont au nombre de sept correspondant aux sept circonscriptions métropolitaines (Nord-Ouest, Ouest, Est, Sud-Ouest, Sud-Est, Centre, Ile-de-France). Les Départements d'Outre-Mer et la Corse sont respectivement rattachés aux sections Ile-de-France et Sud-Est.

Article 3 : Modalités de l'élection des Administrateurs

Le renouvellement du tiers des Administrateurs donne lieu à un appel à candidature par l'intermédiaire, notamment, de la Cause mutuelle et du site internet de la Mutuelle Intégrance.

Les candidatures sont adressées par lettre recommandée au Président, au moins trente jours avant l'élection. L'ordre d'inscription sur la liste électorale est établi chronologiquement en fonction de la date de réception des candidatures.

Le délégué est invité à rayer les noms des candidats

auxquels il ne souhaite pas apporter sa voix.

En tout état de cause, tout bulletin de vote pour lequel le nombre de candidats non rayés est supérieur au nombre de postes à pourvoir est considéré comme nul.

Article 4 : Modalités de l'élection du Président du Conseil d'Administration

Le Président du Conseil d'Administration est élu au scrutin uninominal majoritaire à deux tours. Au premier tour de scrutin, l'élection a lieu à la majorité absolue des membres composant le Conseil. Au cas où la majorité requise n'est pas réunie au premier tour de scrutin, il est procédé à un second tour. Seuls les deux candidats parvenus en tête du premier tour peuvent se maintenir.

Au cas où deux candidats parviennent avec le même nombre de voix en seconde position, le candidat le plus ancien dans le Conseil demeure en présence pour le second tour. Au deuxième tour de scrutin, l'élection est acquise à la majorité absolue des suffrages exprimés. En cas de partage égal des voix obtenues, l'élection est acquise au plus ancien.

Article 5 : Modalités de l'élection des autres membres du Bureau

Les autres membres du Bureau sont élus sur proposition du Président, à la majorité absolue des membres présents du Conseil. L'élection a lieu au scrutin de liste, sans panachage ni vote préférentiel.

Article 6 : Membres qualifiés titre honorifique

Le Président de la Mutuelle peut inviter toute personne qualifiée aux réunions de l'Assemblée Générale, du Conseil d'Administration ou du Bureau, afin d'éclairer ses membres sur tout sujet intéressant la Mutuelle.

Un titre honorifique peut être conféré par le Conseil d'Administration aux Administrateurs et aux membres du Bureau qui ont particulièrement servi les intérêts de la Mutuelle.

Les membres qualifiés et les Administrateurs ou membres du Bureau à qui un titre honorifique a été conféré ne disposent pas en réunion du droit de vote.

Article 7 : Commissions spécifiques

Le Conseil d'Administration peut constituer des Commissions spécifiques dont il désigne les membres.

1 - Les Commissions d'études

Ces Commissions font des propositions au Conseil d'Administration. Elles sont composées de membres de la Mutuelle et de personnalités compétentes dans le domaine traité. Le Président, avec voix délibérative, et le Directeur Général, avec voix consultative, sont membres de droit des Commissions.

Sur proposition des Commissions, le Conseil d'Administration désigne leur Président et leur rapporteur.

Le Trésorier est membre de droit des Commissions d'études dont les travaux impliquent des dépenses supplémentaires. Le Directeur Général ou l'un de ses collaborateurs sur sa délégation, est le rapporteur de cette catégorie de Commission.

Font notamment partie des commissions d'études :

- la Commission sur les élections ;
- la Commission technique ;
- la Commission d'examen des candidatures visée à l'article 17-2 des présents statuts ;
- la Commission des placements
- la Commission éthique, expertise d'usage et prospectives.

2 - La Commission Action Sociale

Elle est composée au minimum de cinq membres, disposant de voix délibératives, désignés pour une durée de deux ans, par le Conseil d'Administration, parmi les délégués à l'Assemblée Générale et les Administrateurs. La Commission est chargée de délibérer sur les demandes d'aides présentées par les adhérents (ou leurs proches en cas de décès) et statue, au vu de l'ensemble des éléments circonstanciés produits.

La Commission Action Sociale dispose d'une dotation déterminée chaque année par l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Un règlement précise les modalités de fonctionnement de la Commission Action Sociale ; il est disponible sur simple demande auprès de la Mutuelle.

Article 8 : Comités de section

Les membres de la Mutuelle sont regroupés en sections locales. Le territoire de chaque section locale correspond à l'étendue de chaque section de vote. Chaque section locale est animée par un Comité de section, créé et supprimé par décision du Conseil d'Administration. Chaque Comité est composé des

délégués appartenant à la section.

Le calendrier annuel des comités de section est défini par le Conseil d'Administration.

Ce Comité est présidé par le Président de la Mutuelle ou son représentant.

Sur délégation du Conseil d'Administration, le Comité contribue au développement de la Mutuelle et à sa représentation auprès des diverses composantes locales de la Mutualité, des activités sociales et sanitaires et de l'Économie sociale. Il rend compte de ses activités au Conseil d'Administration de la Mutuelle. Il est dressé un procès-verbal de la réunion.

Article 9 : Procès-verbaux des réunions

Il est établi pour chaque réunion de l'Assemblée Générale, du Conseil d'Administration, du Bureau et des Commissions, un procès-verbal des délibérations, approuvé lors de la séance suivante par l'organe concerné.

Article 10 : Gratuité des fonctions, indemnités de déplacement

Les fonctions de délégué, d'Administrateur et de membre de la Commission de Contrôle, sont gratuites.

Les frais de transport, de restauration et d'hébergement des Administrateurs et des délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle résultant de l'exercice de leurs activités sont remboursés sur présentation des pièces justificatives. L'Assemblée Générale fixe les plafonds de ces frais.

CHAPITRE II - Organisation administrative

Article 11 : Dirigeant opérationnel

Les services techniques, financiers et administratifs sont placés sous l'autorité du Dirigeant opérationnel. Le Dirigeant opérationnel porte également le titre de Directeur général.

Le Dirigeant opérationnel est recruté par le Président, après délibération du Conseil d'administration de la SGAPS Apicil.

Il est révoqué selon la même procédure. En cas de motif grave, le Conseil d'administration de la SGAPS Apicil peut proposer au Président la révocation du Directeur général.

Le Dirigeant opérationnel dépend du Président. Il est membre de droit, avec voix consultative, de l'Assemblée Générale, du Conseil d'Administration, du Bureau et des Commissions d'étude.

Le Conseil d'Administration est informé de l'organisation des Services et de ses évolutions.

Article 12 : Délégations

Le Président a la responsabilité des engagements de dépenses.

L'exercice de cette prérogative peut être délégué à des salariés.

En tout état de cause, l'organisation des délégations de signature et de pouvoirs est soumise, pour approbation, au Conseil d'Administration.

CHAPITRE III - Organisation financière

Article 13 : Tenue de la comptabilité

La comptabilité est tenue conformément à la réglementation en vigueur.

Les comptes sont arrêtés au 31 décembre.

Article 14 : Préparation et adoption du budget

Le Conseil d'Administration détermine les grandes orientations des exercices suivants en matière de prestations, de services, de cotisations et de solvabilité.

Il adopte le budget de l'exercice suivant au moins deux mois avant le terme de l'année.

Article 15 : Tarifications, études particulières

En matière de tarification et de prestations, le Conseil d'Administration peut prendre toutes les dispositions nécessaires en application de la réglementation ou des délégations qui lui sont données par l'Assemblée Générale.

CHAPITRE IV - Divers

Article 16 : Archivage

L'archivage des documents essentiels est effectué conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Les données personnelles des adhérents (telles que définies à l'article 2 de la loi dite « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée) font l'objet d'une conservation pendant un délai de 6 ans à compter de la date de fin de la relation contractuelle. Passé ce délai, ces données sont détruites.

Article 17 : Publication

La Mutuelle Intégrance fait paraître, au moins une fois par an, une publication intitulée :

« LA CAUSE MUTUELLE ».

Elle est adressée gratuitement aux adhérents et aux partenaires de la Mutuelle.

Règlement mutualiste des Offres ESSENTIELLES

SOMMAIRE

CHAP. I - Conditions d'adhésion

CHAP. II - Prestations Complémentaires Santé

CHAP. III - Prestations incluses dans certaines garanties santé

CHAP. IV - Aide Sociale

CHAP. V - Cotisations

CHAP. VI - Dispositions diverses

Article 1 : Objet du règlement

Mentionné à l'article 5 des statuts de la Mutuelle Intégrance, le présent règlement mutualiste a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle, concernant les prestations et les cotisations des garanties complémentaire santé.

CHAPITRE I - Conditions d'adhésion

Article 2 : Adhésion et droit à renonciation

2-1 : Modalités d'adhésion

Les membres participants et les membres bénéficiaires sont définis à l'article 7 des statuts.

Seuls les membres participants et les membres bénéficiaires affiliés au régime français de Sécurité Sociale peuvent adhérer à une garantie complémentaire santé.

Le membre participant manifeste son acte d'adhésion à la Mutuelle par la signature d'un bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement. Le membre participant reçoit une copie des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste. L'adhésion du membre participant et de ses ayants droit (membres bénéficiaires) prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la réception par les services de la Mutuelle Intégrance (siège ou agences) du dossier d'adhésion complet, dûment rempli et signé.

L'adhésion ultérieure de membres bénéficiaires in-

tervient au plus tôt au 1^{er} jour du mois de réception de la demande, sauf en présence d'un nouveau-né où l'adhésion s'effectue au jour de la naissance si cette dernière a été notifiée à la Mutuelle dans les quatre vingt dix jours qui suivent l'évènement.

2-2 : Droit à renonciation

L'adhérent bénéficie d'un droit à renonciation concernant la souscription de son contrat, sans donner de motif, dans un délai de 14 jours calendaires. Ce droit court à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion ou à la date de prise d'effet du contrat si celle-ci est postérieure à la date de signature du bulletin d'adhésion.

Pour exercer son droit à renonciation, l'adhérent notifie sa décision auprès de la Mutuelle en envoyant le formulaire joint en annexe du cahier juridique.

Article 3 : Durée de l'adhésion

L'adhésion à la Mutuelle est annuelle et renouvelable par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Article 4 : Prise d'effet

Les membres participants bénéficient du remboursement des prestations santé dès la prise d'effet de leur adhésion. **Néanmoins, un délai de stage de 3 mois est applicable à toute nouvelle adhésion, quelle que soit la garantie souscrite, dans le cadre des forfaits visant le remboursement des appareils, des fauteuils roulants et des audioprothèses.**

Article 5 : Changement de garantie

Le changement de garantie est possible une fois par année civile à la date de renouvellement de la garantie, soit au 1^{er} janvier, sous réserve d'avoir été demandé avant le 31 décembre précédent.

Par exception, lorsque se produit un évènement qui ne permet plus de respecter les conditions d'adhésion à la garantie, le changement de garantie prend effet au 1^{er} jour du mois suivant cet évènement, s'il est demandé dans les deux mois de la réalisation de l'évènement. S'il est demandé au-delà, le changement de garantie prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Article 6 : Démission, radiation, exclusion, résiliations diverses

Les modalités de démission, radiation, exclusion et résiliations diverses ainsi que leurs effets sont définis aux articles 10 à 14 des statuts.

CHAPITRE II - Prestations Complémentaire Santé

Article 7 : Nature des prestations remboursées

Article 7-1 : contrat responsable

Sauf mention contraire figurant au tableau des garanties, les prestations sont fournies notamment dans les conditions prévues par l'article L. 871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale afférentes au contrat dit « responsable ».

Il prévoit des obligations minimales et maximales de prise en charge des prestations liées aux consultations du médecin traitant et de ses prescriptions. Aussi, les obligations de prise en charge portent sur :

- l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- les dépenses pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale dans des fourchettes hautes et basses ;
- le tarif journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée.

À l'inverse, ne donnent pas lieu à remboursement :

- la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité sociale,
- la franchise annuelle prévue à l'article L. 322-2 III du Code de la Sécurité sociale (franchises médicales concernant les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires),
- la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non respect, par l'adhérent ou un ayant droit, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- la majoration de la participation supportée par l'adhérent et ses ayants droit lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale,
- et d'une manière générale les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties du contrat d'assurance seront automatiquement adaptées en cas de modification des prescriptions liées au contrat responsable.

Article 7-2 : règles générales concernant les prestations

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou pas adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO prévu par la convention médicale 2016.

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- elle ne peut excéder ce qui est prévu au contrat ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent au dispositif de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, en respectant une différence au moins égale à 20 points par rapport au tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour les consultations ou les actes dispensés par les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

La prise en charge des médicaments, soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) ou non, est réalisée dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Les prestations accordées viennent en complément des prestations en nature et/ou en espèces accordées par les différents régimes de Sécurité sociale français.

La Mutuelle ne peut moduler ses prestations qu'en fonction des besoins, de la situation familiale et par conséquent des cotisations payées.

Concernant les soins pris en charge par un régime obligatoire autre que le régime obligatoire français, les prestations sont remboursées sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale française en complément du pourcentage d'intervention du régime obligatoire français et dans la limite du reste à charge de l'adhérent. En présence de codes actes différents de ceux utilisés par le régime de Sécurité sociale français, il est procédé au remboursement sur la base de la codification française qui aurait été appliquée si l'adhérent avait été soigné en France.

Ne donnent pas lieu à remboursement les frais suivants :

- frais non remboursés par la Sécurité sociale, tels que les prothèses dentaires provisoires, certains soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement ou de désintoxication (sauf les cas prévus au tableau des garanties),
- frais engagés en dehors de la période de garantie comprise entre la date d'effet du contrat et sa date

de résiliation ; la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale étant seule prise en considération ;

- frais de chambre particulière lors de séjour en secteur psychiatrique ;
- forfait journalier des établissements médico-sociaux.

Enfin, dans le cadre de l'hospitalisation et de l'allocation maternité, sont exclus (sauf dispositions contraires prévues au tableau de garanties) les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie, frais de dossier.

Les forfaits ou plafonds annuels s'entendent du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Lorsque ces forfaits ou plafonds sont fixés pour une durée supérieure à un an, la période s'apprécie à compter de la date d'effet de l'adhésion à la garantie.

Exemple : Pour une adhésion au 1^{er} avril 2017, la période de référence est fonction de la périodicité du forfait :

Périodicité du forfait	1 ^{ère} période de référence	Période de référence suivante
1 an	Du 1 ^{er} avril 2017 au 31 décembre 2017	Du 1 ^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018
Tous les 2 ans	Du 1 ^{er} avril 2017 au 31 mars 2019	Du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2021
Tous les 3 ans	Du 1 ^{er} avril 2017 au 31 mars 2020	Du 1 ^{er} avril 2020 au 31 mars 2023
Tous les 4 ans	Du 1 ^{er} avril 2017 au 31 mars 2021	Du 1 ^{er} avril 2021 au 31 mars 2025

La date des soins retenue par la mutuelle correspond à la date des soins prise en compte par la Sécurité Sociale pour effectuer son remboursement.

Article 8 : Principe indemnitaire

Le remboursement des frais de soins par la Mutuelle présente un caractère indemnitaire.

Le remboursement des prestations effectuées par la Mutuelle ne peut en aucun cas excéder le montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Le montant des prestations en espèces ne peut être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent.

Article 9 : Versement des prestations

Les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations pour percevoir leurs prestations.

Les justificatifs qui seront adressés à la Mutuelle Intégrance devront être des documents originaux (dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique issue du site Ameli). L'assuré peut envoyer ses justificatifs par voie postale ou par voie électronique (uniquement pour les justificatifs de prestations).

Par ailleurs, Intégrance s'engage à permettre aux adhérents de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties de la médecine de ville, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité lorsque son professionnel de santé l'accepte.

9-1 : Soins médicaux courants

- Frais de transport : il s'agit de tout transport, remboursé ou non remboursé par la Sécurité sociale selon la garantie souscrite (ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi agréé...).

- Dépenses des auxiliaires médicaux non remboursées par la Sécurité sociale : selon la garantie souscrite, il s'agit des honoraires des ostéopathes, chiropracteurs, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, podologues, diététiciens ou acupuncteurs. Seules des séances de professionnels reconnus et diplômés peuvent être remboursées. Ces séances sont prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime soit en euros par séance et par bénéficiaire, avec un plafond annuel de séances, soit en euros par an et par bénéficiaire.

- Pack Confort : si la prestation est prévue au tableau des garanties, seules des séances de professionnels reconnus et diplômés peuvent être remboursées. Il s'agit uniquement de séances d'un ostéopathe, d'un acupuncteur, d'un podologue, d'un chiropracteur, d'un diététicien, d'un psychomotricien ou d'un psychologue.

Les documents justificatifs servant de base au remboursement doivent faire apparaître les qualités citées plus haut.

Ces séances sont prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros, par séance et par bénéficiaire, avec un plafond annuel de séances valable pour l'ensemble de ces professionnels.

- Cure thermale : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle ne concerne que les restes à charge sur des actes effectués lors d'un séjour en cure thermale (hors hébergement et transport). Selon la garantie souscrite, les dépenses d'hébergement et de transport peuvent également être prises en charge.

Lorsque la cure thermale se déroule dans le cadre d'une hospitalisation, les prestations relèvent exclusivement de la rubrique hospitalisation.

- Complément équipements post-cancer : si la prestation est prévue au tableau des garanties, sitôt les séances de rayon ou de chimiothérapie prescrites, l'assuré bénéficie d'une allocation déclenchée sur facture pour faire face aux dépenses en lien avec sa pathologie en vue de l'amélioration de son confort. Ces prestations portent exclusivement sur un complément de prothèses capillaires, un complément de prothèses mammaires et l'achat de lingerie post-mastectomie.

9-2 : Pharmacie

Sauf indication contraire, les médicaments non remboursés par la Sécurité sociale ne font l'objet d'aucun remboursement par la Mutuelle.

- Pharmacie conseil : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle consiste en un forfait de prise en charge des médicaments à service médical rendu faible ou non remboursables avec ordonnance.

- Contraceptions prescrites non prises en charge par la Sécurité sociale : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle consiste en un forfait qui s'exprime en euros, par an et par bénéficiaire.

- Sevrage tabagique : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle est prise en charge par la Mutuelle dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros, par an et par bénéficiaire. Le remboursement de la prestation par la Mutuelle se fera uniquement sur présentation d'une facture nominative de l'adhérent.

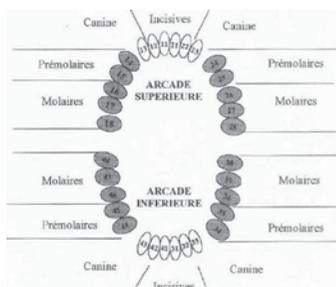
Sont concernés tous les substituts nicotiniques. Il peut s'agir de gommes à mâcher ou de patchs anti-tabac. Il peut s'agir aussi de séances d'acupuncture ou d'hypnose dès lors qu'elles ont pour finalité le sevrage tabagique (dans ce cas la facture devra le préciser).

- Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle est prise en charge par la Mutuelle **dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros, par an et par bénéficiaire.**

9-3 : Dentaire

Pour tous les travaux dentaires, et dans l'intérêt du bénéficiaire, il est conseillé de demander préalablement un devis à nos services. Chaque devis fait l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

- Prothèses : En fonction de la garantie souscrite, une majoration de remboursement peut être prévue s'il s'agit de dents visibles. Les dents visibles sont les incisives, les canines et les premières prémolaires.



Elles portent les numéros : 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23 et 24 (haut) ainsi que 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44 (bas).

En l'absence de facture détaillant le numéro de dent, le barème de remboursement « dents non visibles » est appliqué.

Les dents non visibles telles que les molaires et les deuxième prémolaires ne font l'objet d'aucune majoration de remboursement. Il s'agit des dents portant les numéros : 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27 et 28 (haut) ainsi que 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48 (bas).

- Soins dentaires et inlays onlays : cette rubrique comprend les remboursements des soins dentaires ainsi que ceux relatifs aux inlays onlays. Tous les autres soins sont dits opposables, dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

- Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale : la rubrique « prothèses dentaires » non prises en charge par la Sécurité sociale concerne exclusivement les couronnes et bridges inlay core et inlay core à clavette.

En cas de piliers de bridges non pris en charge par la Sécurité sociale, le bénéficiaire doit nous adresser la note d'honoraires détaillée et acquittée.

- Parodontologie, scellement des sillons, patchs blanchissants : si les prestations sont prévues au tableau des garanties, des prestations de parodontologie non prises en charge par la Sécurité sociale, de scellements de sillons non pris en charge par la Sécurité sociale et de patchs blanchissants peuvent être prises en charge **dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros, par an et par bénéficiaire.**

Il convient d'envoyer l'ensemble des justificatifs des traitements.

- Implantologie : si la prestation est prévue au tableau des garanties, la prestation d'implantologie est prise en charge **dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par implant et par bénéficiaire, avec un plafond annuel d'implants ou en euros par an et par bénéficiaire.**

Elle concerne exclusivement l'implant : les frais

annexes (frais chirurgicaux, prothèses dentaires, faux moignons) ne sont pas couverts au titre de cette garantie.

Il convient d'envoyer l'ensemble des justificatifs des traitements.

- Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale : si la prestation est prévue au tableau des garanties, la prestation est versée à la fin de chaque semestre de traitement (dit semestre actif) ou à la fin de l'année de contention.

Pour ces traitements non pris en charge ou partiellement par la Sécurité sociale, l'intervention de la Mutuelle se fait sur une base de remboursement reconstituée d'après la codification Sécurité sociale fournie par le professionnel.

9-4 : Optique

Lors de chaque renouvellement d'équipement, le membre participant peut opter, si sa garantie le permet, pour des verres « Zéro reste à charge » lorsque l'opticien est conventionné Actil ou pour la formule prévue au tableau de garantie.

Quelle que soit l'option choisie, le devis est nécessaire pour bénéficier de la dispense d'avance de frais (tiers payant).

Les opticiens ont accès au portail Actil pour établir le tiers payant sur les verres et monture. Toute demande de remboursement via ce portail génère automatiquement un envoi de devis auprès de la Mutuelle Intégrance. **Le membre participant qui se rend chez un opticien ne pratiquant pas le tiers payant devra impérativement transmettre préalablement un devis papier à la Mutuelle Intégrance pour que le remboursement puisse être fait le cas échéant.**

- Formule Sélection Actil (si prévue au tableau de garantie) : Actil (le prestataire de la Mutuelle Intégrance en matière de tiers payant) a signé des conventions avec des professionnels de santé afin de pouvoir proposer des verres « Zéro reste à charge » au membre participant ou ses ayants droit.

Cette convention est à disposition de tous professionnels.

Les professionnels signataires de ces conventions se sont engagés à proposer des packs sur des verres comprenant des corrections et des traitements prédéfinis et selon une grille tarifaire.

Les principaux traitements des formules Sélection Actil :

- Anti-reflets : Intérêt esthétique pour réduire les reflets sur les verres. Ce traitement est notamment utile pour le travail sur écran ou la conduite de nuit ;
- Durci ou anti-rayure : prévient l'apparition de micro-rayures (pas utile pour les enfants dans la mesure où ils changent les verres régulièrement) ;

- Aminci : Indice d'amincissement du verre. Ce traitement est utile à partir d'une correction de 2 dioptries ou plus (attention, il n'est pas accessible sur le premier niveau des formules Sélection Actil).

Le professionnel de santé s'engage à pratiquer, sous conditions et délais fixés dans la convention qui lie Actil à son réseau d'opticiens, un service après vente portant sur les services suivants :

- Le remplacement gratuit à l'identique de tout ou partie d'une monture cassée,

- Le remplacement en cas de mauvaise adaptation des verres progressifs par une autre paire de verres multifocaux ou par deux paires de verres unifocaux.

Les formules « Sélection Actil » correspondent aux besoins de plus de 90% des corrections comprenant un cylindre <2 et une sphère comprise entre -6 et +6. Lorsque les besoins de l'assuré rentrent dans les critères retenus et qu'il a recours à l'un de ces professionnels de santé, il n'a aucun frais à avancer lors de l'achat des verres.

A l'inverse, lorsqu'il a besoin d'une correction particulière, la Mutuelle lui rembourse sur la base des limites prévues au contrat.

Sauf disposition contraire figurant sur le tableau des garanties :

- Le montant en euros comprend la prise en charge du ticket modérateur et s'entend pour 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans pour les adultes, tous les ans pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue nécessitant un changement de verres et sur présentation de la prescription médicale liée à la première et deuxième demande. Par ailleurs, le montant alloué au règlement de la monture est lui-même plafonné.

- La prestation lentilles est prise en charge dans la limite d'un forfait annuel qui s'apprécie par an et par bénéficiaire. Cette prestation peut viser, selon la garantie souscrite : les lentilles de correction, prises en charge ou non par la Sécurité sociale, ainsi que les lentilles jetables.

Pour être remboursées, les lentilles doivent être prescrites médicalement.

- Chirurgie réfractive de l'œil : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle ne concerne que les restes à charge sur les actes chirurgicaux de ce type, ainsi que sur les prothèses intra-oculaires, dans la limite d'un forfait par an et par bénéficiaire. Le tableau de garantie peut prévoir que la prise en charge s'entend par œil.

9-5 : Hospitalisation

Il est nécessaire d'adresser à la Mutuelle une facture détaillée faisant apparaître la nature des actes et des prestations.

- Honoraires : quand un dépassement d'honoraires n'apparaît pas sur la facture hospitalière, il est nécessaire d'adresser à la Mutuelle le reçu d'honoraires du praticien.

- Chambre particulière : la prestation s'entend par jour dans la limite des frais engagés par le bénéficiaire et de la durée maximale de prise en charge mentionnée au tableau de garantie.

- Nuitée d'accompagnement (ou frais d'accompagnant) : cette nuitée comprend le lit d'accompagnement et le repas du soir. **La prestation s'entend par jour dans la double limite des frais engagés par bénéficiaire et de la durée maximale de prise en charge mentionnée au tableau de garantie.**

L'accompagné doit remplir deux conditions cumulatives :

- Être obligatoirement bénéficiaire de la garantie,
- Selon la garantie souscrite, avoir moins de 16 ans, plus de 70 ans ou être une personne handicapée.

La facture doit émaner de l'établissement hospitalier ou de la structure qui en dépend.

- Maternité (Protocoles non pris en charge par la Sécurité sociale) : si la prestation est prévue au tableau des garanties, les frais liés aux amniocentèses non prises en charge par la Sécurité sociale ainsi qu'aux fécondations in vitro non prises en charge par la Sécurité sociale sont remboursés par la Mutuelle dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros et par an.

Pour les fécondations in vitro (FIV), la prestation est limitée à 2 FIV par an.

Il convient d'envoyer l'ensemble des justificatifs des traitements et des tentatives.

- Forfait pour hospitalisation en maternité : Selon la garantie souscrite, la Mutuelle verse, lors de l'accouchement, une participation liée aux dépenses engagées présentant un lien direct avec l'accouchement au titre du « forfait pour hospitalisation en maternité ». Cette somme est allouée à l'adhérent si ses droits sont ouverts au jour de l'événement.

Le versement de cette somme est subordonné à la production d'une facture justificative.

9-6 : Appareillage

- Fauteuil roulant : ces véhicules sont inscrits au titre IV de la Liste de Produits et Prestations de l'Assurance maladie (LPP). La prestation est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et, sous réserve que la prestation soit prévue au tableau des garanties, d'un

forfait supplémentaire fixé en euros dont la périodicité est prévue au tableau de garantie.

- Appareillage (sauf titre IV de la LPP & Audioprothèses) : il s'agit par exemple de semelles orthopédiques, de bas de contention, de béquilles, de prothèses de jambe, de prothèses mammaires ou capillaires, etc... La prestation est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

- Appareillage auditif (ou Audioprothèses) : La prestation, qui s'entend par oreille appareillée ou en forfait annuel, est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, et sous réserve que la prestation soit prévue au tableau des garanties, d'un forfait en euros supplémentaire dont la périodicité et les modalités sont fixées au tableau des garanties.

- Forfait aide technique inscrite à la LPP ou à la section I-2 de l'arrêté du 28 décembre 2005 modifié : si la prestation est prévue au tableau de garantie, elle consiste en un forfait en euros annuel et par bénéficiaire. **Les frais de main d'œuvre ne sont pas pris en charge.**

Article 10 - Pièces à fournir :

Ce tableau recense les principales prestations proposées par la mutuelle Intégrance. Pour connaître l'intégralité des prestations prévues dans votre contrat, nous vous invitons à consulter le détail de votre garantie santé et le règlement mutualiste.

	VOUS AVEZ REGLE L'INTEGRALITE DES FRAIS	VOUS AVEZ PAYE UNIQUEMENT LA PART MUTUELLE
Frais médicaux courants / soins de ville		
Consultations, visites et actes médicaux	Décompte Sécurité Sociale*	Facture acquittée + décompte Sécurité Sociale*
Analyses médicales		
Radiologie / Echographie		
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes,...)		
transports médicaux		
Médicaments remboursés Séc. Sociale	Facture détaillée et acquittée	-
Ostéopathe, chiropracteur, acunpuncteur, ergothérapeute, diététicien, psychologue, psychomotricien, pédicure non remb. Séc. Sociale		
Médicaments, vaccins non remboursés Séc. Sociale / sevrage tabagique / contraception	Facture acquittée + ordonnance	-
Hospitalisation		
Frais de séjour	En clinique : facture détaillée et acquittée A l'hôpital : avis des sommes à payer + attestation de paiement	Facture détaillée et acquittée
Dépassement d'honoraires		
Forfait journalier	Facture détaillée et acquittée + bulletin de situation	-
Chambre particulière		
frais accompagnant		
Télévision	Facture détaillée et acquittée + bulletin de situation	-
Forfait hospitalisation en maternité	Facture détaillée et acquittée + bulletin de situation	-
Optique		
Lunettes et lentilles acceptées Séc. Sociale	Décompte Sécurité Sociale* + ordonnance	Facture acquittée + ordonnance + décompte Sécurité Sociale*
Lentilles non remboursées par la Séc. Sociale	Facture détaillée et acquittée + ordonnance	-
Chirurgie réfractive	Facture détaillée et acquittée	-
Dentaire		
Consultations / soins / radiographies	Décompte Sécurité Sociale*	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité Sociale*
Prothèses dentaires acceptées Séc. Sociale		
Prothèses dentaires refusées Séc. Sociale	Facture détaillée et acquittée	-
Orthodontie acceptée Séc. Sociale	Décompte Sécurité Sociale*	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité Sociale*
Orthodontie refusée Séc. Sociale	Facture détaillée et acquittée	-
Implants / parodontologie / scellement des sillons / patchs blanchissants		
Appareillage		
Petit et grand appareillage	Décompte Sécurité Sociale*	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité Sociale*
fauteuil roulant		
Audioprothèses	Facture détaillée et acquittée	-
Piles auditives		
Aides techniques non remb. Séc. Sociale	Facture détaillée et acquittée	-
Cure Thermale		
Honoraires / traitement / transport	Décompte Sécurité Sociale*	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité Sociale*
Dépassement sur hébergement	Facture détaillée et acquittée	-

* l'envoi du décompte Sécurité Sociale n'est pas nécessaire en cas de fonctionnement des Echanges des données informatiques (E.D.I) avec votre caisse de Sécurité Sociale.

La Mutuelle peut vous demander, si besoin, toute autre pièce utile au remboursement des prestations ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de votre garantie, notamment s'agissant de la preuve de la qualité d'ayant droit du bénéficiaire.

Pour la bonne gestion de ses remboursements, l'adhérent est tenu de transmettre à la Mutuelle la copie de son attestation carte Vitale à chaque changement de situation (ALD, invalidité, changement de domicile, nouvel ayant droit, changement de régime de Sécurité sociale,...).

La Mutuelle Intégrance conseille à ses adhérents de produire, pour étude, avant la réalisation de certains soins dentaires (traitement prothétiques, implantaires ou orthodontiques...), un exemplaire du devis établi par le professionnel de santé.

La Mutuelle pratiquant les Échanges de Données Informatiques (E.D.I.), l'adhérent peut être dispensé de l'envoi des décomptes de remboursement de l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle Intégrance conserve les flux NOEMIE 6 mois. Passé ce délai, le décompte Sécurité Sociale devra être joint à la demande de remboursement.

Lorsque la Mutuelle a signé des conventions de tiers payant avec des professionnels de santé, l'adhérent peut être dispensé de l'avance des frais sur la part complémentaire. En cas de remboursements forfaitaires (optique, dentaire, forfait journalier, chambre particulière), l'adhérent doit adresser une demande de prise en charge à la Mutuelle afin de bénéficier de la dispense d'avance de frais. Les prestations sont versées par la Mutuelle Intégrance, qui peut déléguer tout ou partie de la gestion.

Article 11 : Prestations indues

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle dans les plus brefs délais si des prestations étaient indûment versées et à procéder à leur remboursement. La Mutuelle, par ses propres contrôles, peut constater que des prestations ont été indûment versées. Un courrier est alors envoyé à l'adhérent pour demander le remboursement de l'indu. A défaut du reversement de l'indu, la Mutuelle pourra en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

Article 12 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action envers le tiers responsable, que la responsabilité de celui-ci soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses de santé que la Mutuelle a exposées, à

concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la personne. Si l'adhérent est garanti par un contrat d'assurance individuel accident, la Mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par cette assurance. Le membre participant ou ses ayants droit devront informer la Mutuelle de tout accident subi mettant en cause un tiers.

Article 13 : Révision des prestations

Le montant et les modalités des prestations garanties ont été établis en considération des conditions existantes et applicables au regard de la législation en vigueur. Si ces différents éléments venaient à être modifiés, la Mutuelle se réserve le droit de réajuster, à partir de la date de modification, les conditions des garanties proposées. En tout état de cause, la Mutuelle en informera l'adhérent.

CHAPITRE III - Prestations incluses dans certaines garanties santé

Article 14 : Intégrance Assistance

Le service Intégrance Assistance offre aux adhérents une assistance gratuite à domicile en cas d'urgence (aide ménagère, télévision à l'hôpital, garde des enfants, livraison des médicaments, garde des animaux domestiques...).

Ce service est inclus dans les garanties complémentaire santé.

Une notice d'information est délivrée à tout adhérent de la Mutuelle (p.43).

Article 15 : Allocation obsèques

La Mutuelle verse, en cas de décès de l'adhérent ou d'un ayant droit, une allocation obsèques. **Le versement de cette allocation doit être expressément prévu dans la garantie complémentaire santé souscrite** et ne peut intervenir que si l'adhérent est, au moment de son décès, à jour de ses cotisations. Toutefois, si le décès de l'adhérent est à l'origine d'un défaut de paiement des cotisations, celui-ci pourra être régularisé afin de permettre le versement de cette allocation obsèques.

Cette allocation obsèques constitue une garantie annuelle couvrant le décès survenu entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année d'adhésion.

Cette garantie en inclusion est fournie par la souscription d'un contrat d'une durée ferme d'un an auprès d'un organisme assureur externe.

Chaque année, l'Assemblée générale peut voter, pour l'année à venir, la souscription ou non d'un nouveau contrat ou la modification de cette garantie

allocation obsèques.

Une cotisation spécifique, prévue dans la notice d'information « Intégrance-Frais d'Obsèques », s'ajoute au montant de la cotisation complémentaire santé et est appelée simultanément.

Les conditions et modalités de versement de cette allocation sont prévues dans la notice d'information « Intégrance-Frais d'Obsèques » qui est remise à l'adhérent.

CHAPITRE IV - Aide Sociale

Article 16 : Aide sociale

L'Assemblée Générale de la Mutuelle détermine chaque année la dotation dont dispose la Commission Action Sociale pour attribuer des aides ponctuelles aux adhérents de la Mutuelle depuis au moins 6 mois.

Ces aides sont attribuées sur demande dûment justifiée et circonstanciée de l'adhérent, dans la limite de la dotation annuelle, par la Commission Action Sociale, visée à l'article 7 du règlement intérieur.

CHAPITRE V - Cotisations

Article 17 : Principes

La cotisation, individuelle ou familiale, donne accès aux prestations et aux services de la Mutuelle.

Une carte d'adhérent mutualiste est adressée à chaque membre participant.

Article 18 : Détermination

Les cotisations sont déterminées selon les modalités définies par les articles 24 et 25 des statuts.

Les cotisations peuvent être modulées en fonction des prestations, qui elles-mêmes sont établies au regard des besoins des diverses catégories de population qui sollicitent la Mutuelle Intégrance.

La majoration de cotisation due au rattachement du nouveau-né est prise en compte dans le calcul de la cotisation parentale à partir du 1^{er} jour du 4^{ème} mois suivant la naissance.

En tout état de cause, la Mutuelle ne peut recueillir d'informations médicales auprès de ses adhérents ou futurs adhérents, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé des intéressés.

La cotisation des membres honoraires, indiquée à l'article 6 des statuts, est fixée annuellement par l'Assemblée Générale.

Dans le cadre d'un accord de groupe portant sur des garanties standard, le montant des cotisations est fixé selon une grille annuelle, adoptée par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration.

Dans le cadre d'un accord de groupe spécifique, destiné à répondre plus particulièrement aux besoins de certaines catégories d'adhérents, les cotisations sont déterminées en fonction des besoins en prestations.

Article 19 : Paiement

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement ou, par dérogation, annuellement, semestriellement, trimestriellement. Le paiement des cotisations par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal est privilégié.

Le règlement des cotisations intervient aux dates mentionnées sur l'appel de cotisations ou l'échéancier de prélèvement.

Tout mois d'adhésion entamé entraîne le versement de la cotisation afférente.

Article 20 : Défaut de paiement

Une mise en demeure est adressée à l'adhérent en cas de défaut de paiement d'une cotisation échue depuis plus de 10 jours. Cette mise en demeure est adressée au plus tôt 10 jours après l'identification de l'impayé. En cas de non paiement, 30 jours après l'envoi de ce courrier, la garantie est suspendue. L'adhérent est radié s'il n'a pas régularisé sa situation dans les 40 jours qui suivent l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Les droits de l'adhérent sont réouverts dès régularisation des impayés uniquement si la régularisation intervient avant la résiliation.

La Mutuelle peut procéder au recouvrement de sa créance par toutes voies de droit.

Toutefois, la Mutuelle Intégrance se réserve le droit, en cas de défaut de paiement des cotisations, d'adopter au cas par cas, selon les situations présentées, des dispositions plus favorables à l'égard de l'adhérent.

Article 21 : Révision des cotisations

Conformément aux modalités définies aux articles 24 et 25 des statuts, la Mutuelle Intégrance se réserve le droit de réviser en cours d'année le montant des cotisations appelées, dès lors que les évolutions réglementaires le justifient ou que l'équilibre de la garantie le nécessite.

CHAPITRE VI - Dispositions diverses

Article 22 : Fraude ou fausse déclaration intentionnelle

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, ce dernier est

informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications. La Mutuelle Intégrance peut prononcer l'annulation des droits aux prestations et poursuivre l'adhérent.

Elle peut également prononcer l'annulation de l'adhésion en cas de fausse déclaration intentionnelle lors de l'adhésion ; dans ce cas les cotisations payées demeurent acquises à la Mutuelle Intégrance.

Article 23 : Forclusion, prescription et interruption de la prescription

Les demandes de remboursement ou de paiement doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 2 ans à partir de l'événement ouvrant les droits.

Cette disposition concerne le remboursement des frais relatifs aux soins médicaux. Ce délai est porté à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant et vise le paiement de l'allocation obseques. Passé ce délai, la dette est éteinte.

Toute action dérivant des garanties souscrites est prescrite deux ans après la survenance de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne commence qu'à partir du jour où les intéressés ont eu connaissance de cet événement.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (demande en justice, mesure d'exécution forcée, mesure conservatoire, reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'adhérent à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du présent règlement, les parties s'engagent notamment, avant tout recours porté devant les tribunaux de l'ordre judiciaire, à épuiser entre elles les voies de règlement amiable du différend qui les oppose.

Article 24 : Obligations réciproques d'information

En cas de changement de situation, de quelque nature qu'il soit (familial, professionnel, bancaire, changement de régime de Sécurité sociale, changement d'établissement d'hébergement...), l'adhérent est tenu d'en aviser la Mutuelle dans les plus brefs délais.

Certains changements de situation sont susceptibles d'entraîner une modification de garantie ou de cotisations.

Un délai de réflexion, prévu à l'article L.221-4 du Code de la Mutualité, doit s'écouler entre la remise des documents et la signature du bulletin d'adhésion.

Par ailleurs, toute modification des statuts et règlements décidée par l'Assemblée Générale de la Mutuelle est portée à la connaissance de ses membres.

Les modifications des montants des prestations et des cotisations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents.

La Mutuelle peut être amenée à recueillir les coordonnées téléphoniques de ses adhérents. Ces derniers ont la possibilité de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (dite « BLOCTEL »).

Article 25 : Médiation

En cas de contestation relative aux garanties d'assurance souscrites non résolue après contact pris avec les services de la Mutuelle, le souscripteur ou l'adhérent pourra soumettre sa réclamation au Médiateur en adressant un dossier complet au Médiateur de la Fédération de la Mutualité Française :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur,
255 rue de Vaugirard,
75719 Paris Cedex 15

- Soit par mail à : mediation@mutualite.fr

Ce recours ne peut être présenté si une action contentieuse a déjà été engagée. La saisine du Médiateur interrompt la prescription. Le Médiateur rend un avis motivé dans un délai de 3 mois maximum de la réception du dossier complet.

Article 26 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 61, Rue Taitbout - 75009 Paris.

Conditions au 1^{er} janvier 2018 des garanties « standard » ouvertes aux adhésions et relevant du règlement mutualiste des Offres ESSENTIELLES

GARANTIES ALSACE MOSELLE REGIME LOCAL

Condition d'adhésion

Relever du régime local Alsace Moselle.

Les personnes qui ne rempliraient pas cette condition sont invitées à prendre contact avec leur agence locale Intégrance, afin d'étudier une solution qui leur soit adaptée.

Tarifs mensuels de base

Les tarifs mensuels de base sont fixés selon l'âge ou la composition familiale du contrat.

L'âge pris en compte pour le calcul de la cotisation est l'âge au 1^{er} janvier de l'année de cotisation (exemple : un bénéficiaire né le 15 février 1971 est considéré comme ayant 46 ans pour toute l'année 2018).

GARANTIES EN INCLUSION

Les cotisations des garanties en inclusion sont réglées dans les mêmes conditions et périodicités que la cotisation complémentaire santé.

- Intégrance Assistance

(Voir l'article 14 du Règlement mutualiste et la Notice d'information Intégrance Assistance).

La cotisation de la garantie « Intégrance Assistance » incluse dans toutes les garanties complémentaire santé s'élève, au 1^{er} janvier 2018, à 6,36 € TTC par an et par chef de famille.

- Intégrance Frais d'Obsèques

(Voir l'article 15 du Règlement mutualiste et la Notice d'information Intégrance Frais d'Obsèques 2018).

La cotisation de la garantie « Intégrance Frais d'Obsèques » incluse dans certaines garanties complémentaire santé (se référer au tableau de garantie en vigueur) est indiquée dans les annexes de la Notice d'information Intégrance Frais d'Obsèques 2018.

INFORMATIONS DIVERSES

Taxe applicable aux cotisations complémentaire santé*

Les cotisations complémentaire santé sont soumises à la Taxe de Solidarité Additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire (art L862.4 du code de la Sécurité sociale), collectée par la Mutuelle en même temps que les cotisations du contrat.

Au 1^{er} janvier 2018, la Taxe de Solidarité Additionnelle est de 6,27% (régime MSA) ou de 13,27% pour les garanties relevant du présent Règlement Mutualiste des offres ESSENTIELLES.

Cette taxe ne s'applique que sur la partie de cotisation relative à la complémentaire santé, c'est-à-dire hors cotisations « Intégrance Assistance » et « Intégrance Frais d'Obsèques » le cas échéant.

Les cotisations ci-dessus indiquées comprennent cette taxe.

Chaque année, l'adhérent reçoit un avis d'appel de cotisation qui mentionne le montant de la cotisation complémentaire santé « Hors Taxes » (HT) et « Toutes taxes comprises » (TTC).

* en application des dispositions législatives et réglementaires connues à la date du 31/08/2017.

Chèque santé et déduction fiscale

Si vous venez à bénéficier de l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé, contactez l'un de nos conseillers par téléphone au 0 800 94 17 13 ou par email : pfa@integrance.fr.

Garanties fermées aux adhésions

Les garanties listées ci-dessous sont fermées aux adhésions à la date mentionnée entre parenthèses. Toutefois, les adhésions à ces garanties ayant pris effet antérieurement sont maintenues et se renouvellent annuellement dans les conditions prévues aux articles 3 et 6 du présent règlement.

- Garanties «professionnels» (1^{er} juillet 2011)
- Garanties Néo'Seniors Confort, Dynamic et Etendu (1^{er} janvier 2017)
- Garanties Absolu'santé (1^{er} octobre 2017).

Règlement mutualiste

des Offres SOLIDAIRES

SOMMAIRE

CHAP. I - Conditions d'adhésion

CHAP. II - Prestations Complémentaires Santé

CHAP. III - Prestations incluses dans certaines garanties santé

CHAP. IV - Aide Sociale

CHAP. V - Cotisations

CHAP. VI - Dispositions diverses

Article 1 : Objet du règlement

Mentionné à l'article 5 des statuts de la Mutuelle Intégrance, le présent règlement mutualiste a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle, concernant les prestations et les cotisations des garanties complémentaire santé.

CHAPITRE I - Conditions d'adhésion

Article 2 : Adhésion et droit à renonciation

2-1 : Modalités d'adhésion

Les membres participants et les membres bénéficiaires sont définis à l'article 7 des statuts.

Seuls les membres participants et les membres bénéficiaires affiliés au régime français de Sécurité sociale peuvent adhérer à une garantie complémentaire santé.

Le membre participant manifeste son acte d'adhésion à la Mutuelle par la signature d'un bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement. Le membre participant reçoit une copie des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste. L'adhésion du membre participant et de ses ayants droit (membres bénéficiaires) prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois de la réception par les services de la Mutuelle Intégrance (siège ou agences) du dossier d'adhésion complet, dûment rempli et signé.

L'adhésion ultérieure de membres bénéficiaires in-

tervient au plus tôt au 1^{er} jour du mois de réception de la demande, sauf en présence d'un nouveau-né où l'adhésion s'effectue au jour de la naissance si cette dernière a été notifiée à la Mutuelle dans les quatre vingt dix jours qui suivent l'évènement.

Conditions spécifiques pour la garantie Surcomplémentaire Flex'Esat : Pour l'adhésion à cette garantie surcomplémentaire, la condition préalable est de bénéficier d'une garantie collective principale auprès d'Intégrance dans un ESAT. L'adhésion prend effet au plus tôt le 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve d'envoi du dossier d'adhésion avant le 31 octobre de l'année précédente. L'adhésion ultérieure de membres bénéficiaires intervient également au plus tôt au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve d'avoir été demandée avant le 31 octobre de l'année précédente, sauf en présence d'un nouveau-né où l'adhésion s'effectue au jour de la naissance si cette dernière a été notifiée à la Mutuelle dans les quatre-vingt dix jours qui suivent l'évènement.

2-2 : Droit à renonciation

L'adhérent bénéficie d'un droit à renonciation concernant la souscription de son contrat, sans donner de motif, dans un délai de 14 jours calendaires. Ce droit court à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion ou à la date de prise d'effet du contrat si celle-ci est postérieure à la date de signature du bulletin d'adhésion.

Pour exercer son droit à renonciation, l'adhérent notifie sa décision auprès de la Mutuelle en envoyant le formulaire joint en annexe du cahier juridique.

Article 3 : Durée de l'adhésion

L'adhésion à la Mutuelle est annuelle et renouvelable par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Article 4 : Prise d'effet

Les membres participants bénéficient du remboursement des prestations santé dès la prise d'effet de leur adhésion.

Néanmoins, un délai de stage de 3 mois est applicable à toute nouvelle adhésion, quelle que soit la garantie souscrite, dans le cadre des forfaits visant

le remboursement des appareillages, des fauteuils roulants et des audioprothèses.

De plus, pour toute adhésion à la garantie Facilité Santé, un délai de stage d'un mois sur l'hospitalisation est appliqué, sauf si l'adhérent démontre la continuité de sa couverture en hospitalisation par la production d'un certificat de radiation.

Enfin, pour toute adhésion à la garantie Solution Hospi, un délai de stage de 3 mois est appliqué, sauf si l'hospitalisation est consécutive à un accident survenu après la réception du bulletin d'adhésion.

Article 5 : Changement de garantie

Le changement de garantie est possible une fois par année civile à la date de renouvellement de la garantie, soit au 1er janvier, sous réserve d'avoir été demandé avant le 31 décembre précédent.

Pour la garantie Flex'Esat Surcomplémentaire, le changement de garantie est possible une fois tous les deux ans au 1er janvier suivant la demande écrite formulée avant le 31 octobre de l'année précédente.

Par exception, lorsque se produit un évènement qui ne permet plus de respecter les conditions d'admission à la garantie, le changement de garantie prend effet au 1er jour du mois suivant cet évènement, s'il est demandé dans les deux mois de la réalisation de l'évènement. S'il est demandé au-delà, le changement de garantie prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Article 6 : Démission, radiation, exclusion, résiliations diverses

Les modalités de démission, radiation, d'exclusion et de résiliations diverses ainsi que leurs effets sont définis aux articles 10 à 14 des statuts.

CHAPITRE II - Prestations Complémentaire Santé

Article 7 : Nature des prestations remboursées

Sauf indication contraire mentionnée au tableau de garantie, la Mutuelle Intégrance ne prend pas en charge :

- les soins effectués hors parcours de soins coordonné (article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale) ;
- les majorations de la participation supportée par l'adhérent et ses ayants droit pour des soins effectués hors parcours de soins coordonné (article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale) ;
- la franchise appliquée sur les dépassements d'honoraires pratiqués hors parcours de soins coordonné (article R.871-1, 2e du Code de la Sécurité sociale) ;

- la participation forfaitaire par acte et par consultation (article 322-2-II du Code de la Sécurité sociale) ;
- la franchise sur les médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les transports (article 322-2-III du Code de la Sécurité sociale).

La prise en charge des médicaments, soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) ou non, est réalisée dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Les prestations accordées viennent en complément des prestations en nature et/ou en espèces accordées par les différents régimes de Sécurité sociale français.

La Mutuelle ne peut moduler ses prestations qu'en fonction des besoins, de la situation familiale et par conséquent des cotisations payées.

Concernant les soins pris en charge par un régime obligatoire autre que le régime obligatoire français, les prestations sont remboursées sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale française en complément du pourcentage d'intervention du régime obligatoire français et dans la limite du reste à charge de l'adhérent. En présence de codes actes différents de ceux utilisés par le régime de Sécurité sociale français, il est procédé au remboursement sur la base de la codification française qui aurait été appliquée si l'adhérent avait été soigné en France.

Ne donnent pas lieu à remboursement les frais suivants :

- frais non remboursés par la Sécurité sociale, tels que les prothèses dentaires provisoires, certains soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement ou de désintoxication (sauf les cas prévus au tableau des garanties) ;
- frais engagés en dehors de la période de garantie comprise entre la date d'effet du contrat et sa date de résiliation ; la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale étant seule prise en considération ;
- frais de chambre particulière lors de séjour en secteur psychiatrique ;
- forfait journalier des établissements médico-sociaux.

Enfin, dans le cadre de l'hospitalisation et de l'allocation maternité, sont exclus (sauf dispositions contraires prévues au tableau de garanties) les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie, frais de dossier.

Les forfaits ou plafonds annuels s'entendent du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Lorsque ces forfaits ou plafonds sont fixés pour

une durée supérieure à un an, la période s'apprécie à compter de la date d'effet de l'adhésion à la garantie.

Exemple : Pour une adhésion au 1^{er} avril 2017, la période de référence est fonction de la périodicité du forfait :

Périodicité du forfait	1ère période de référence	Période de référence suivante
1 an	Du 1 ^{er} avril 2017 au 31 décembre 2017	Du 1 ^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018
Tous les 2 ans	Du 1 ^{er} avril 2017 au 31 mars 2019	Du 1 ^{er} avril 2019 au 31 mars 2021
Tous les 3 ans	Du 1 ^{er} avril 2017 au 31 mars 2020	Du 1 ^{er} avril 2020 au 31 mars 2023
Tous les 4 ans	Du 1 ^{er} avril 2017 au 31 mars 2021	Du 1 ^{er} avril 2021 au 31 mars 2025

La date des soins retenue par la mutuelle correspond à la date des soins prise en compte par la Sécurité Sociale pour effectuer son remboursement.

Article 8 : Principe indemnitaire

Le remboursement des frais de soins par la Mutuelle présente un caractère indemnitaire.

Le remboursement des prestations effectuées par la Mutuelle ne peut en aucun cas excéder le montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Le montant des prestations en espèces ne peut être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent.

Article 9 : Versement des prestations

Les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations pour percevoir leurs prestations.

Les justificatifs qui seront adressés à la Mutuelle Intégrance devront être des documents originaux (dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique issue du site Ameli). L'assuré peut envoyer ses justificatifs par voie postale ou par voie électronique (uniquement pour les justificatifs de prestations).

Par ailleurs, Intégrance s'engage à permettre aux adhérents de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties de la médecine de ville, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité lorsque son professionnel de santé l'accepte.

9-1 : Soins médicaux courants

- Frais de transport : il s'agit de tout transport, remboursé ou non remboursé par la Sécurité sociale

selon la garantie souscrite (ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi agréé...).

- Dépenses des auxiliaires médicaux non remboursées par la Sécurité sociale : selon la garantie souscrite, il s'agit des honoraires des ostéopathes, chiropracteurs, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, podologues, diététiciens ou acupuncteurs. Seules des séances de professionnels reconnus et diplômés peuvent être remboursées. Ces séances sont prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime soit en euros par séance et par bénéficiaire, avec un plafond annuel de séances soit en euros par an et par bénéficiaire.

- Pack Confort : si la prestation est prévue au tableau des garanties, seules des séances de professionnels reconnus et diplômés peuvent être remboursées. Il s'agit uniquement de séances d'un ostéopathe, d'un acupuncteur, d'un podologue, d'un chiropracteur, d'un diététicien, d'un psychomotricien, d'un ergothérapeute ou d'un psychologue.

Les documents justificatifs servant de base au remboursement doivent faire apparaître les qualités citées plus haut.

Ces séances sont prises en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros, par séance et par bénéficiaire, avec un plafond annuel de séances valable pour l'ensemble de ces professionnels.

- Cure thermale : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle ne concerne que les restes à charge sur des actes effectués lors d'un séjour en cure thermale (hors hébergement et transport). Selon la garantie souscrite, les dépenses d'hébergement et de transport peuvent également être prises en charge.

Lorsque la cure thermale se déroule dans le cadre d'une hospitalisation, les prestations relèvent exclusivement de la rubrique hospitalisation.

- Complément équipements post-cancer : si la prestation est prévue au tableau des garanties, sitôt les séances de rayon ou de chimiothérapie prescrites, l'assuré bénéficie d'une allocation déclenchée sur facture pour faire face aux dépenses en lien avec sa pathologie en vue de l'amélioration de son confort. Ces prestations portent exclusivement sur un complément de prothèses capillaires, un complément de prothèses mammaires et l'achat de lingerie post-mastectomie.

9-2 : Pharmacie

Sauf indication contraire, les médicaments non remboursés par la Sécurité sociale ne font l'objet d'aucun remboursement par la Mutuelle.

- Pharmacie conseil : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle consiste en un forfait de

prise en charge des médicaments à service médical rendu faible ou non remboursables avec ordonnance.

- Contraceptions prescrites non prises en charge par la Sécurité sociale : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle consiste en un forfait qui s'exprime en euros, par an et par bénéficiaire.

- Sevrage tabagique : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle est prise en charge par la Mutuelle **dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros, par an et par bénéficiaire**. Le remboursement de la prestation par la Mutuelle se fera uniquement sur présentation d'une facture nominative de l'adhérent.

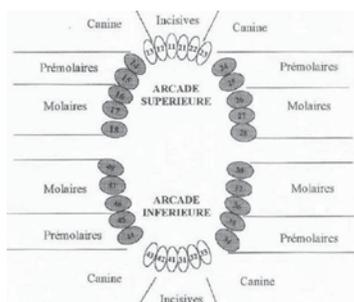
Sont concernés tous les substituts nicotiques. Il peut s'agir de gommes à mâcher ou de patchs anti-tabac. Il peut s'agir aussi de séances d'acupuncture ou d'hypnose dès lors qu'elles ont pour finalité le sevrage tabagique (dans ce cas la facture devra le préciser).

- Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle est prise en charge par la Mutuelle **dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros, par an et par bénéficiaire**.

9-3 : Dentaire

Pour tous les travaux dentaires, et dans l'intérêt du bénéficiaire, il est conseillé de demander préalablement un devis à nos services. Chaque devis fait l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

- Prothèses : En fonction de la garantie souscrite, une majoration de remboursement peut être prévue s'il s'agit de dents visibles. Les dents visibles sont les incisives, les canines et les premières prémolaires.



Elles portent les numéros : 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23 et 24 (haut) ainsi que 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44 (bas).

En l'absence de facture détaillant le numéro de dent, le barème de remboursement « dents non visibles » est appliqué.

Les dents non visibles telles que les molaires et les deuxièmes prémolaires ne font l'objet d'aucune majoration de remboursement. Il s'agit des dents portant les numéros : 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27 et 28 (haut) ainsi que 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48 (bas).

- Soins dentaires et inlays onlays : cette rubrique comprend les remboursements des soins dentaires ainsi que ceux relatifs aux inlays onlays. Tous les autres soins sont dits opposables, dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

- Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale : la rubrique « prothèses dentaires » non prises en charge par la Sécurité sociale concerne exclusivement les couronnes et bridges inlay core et inlay core à clavette.

En cas de piliers de bridges non pris en charge par la Sécurité sociale, le bénéficiaire doit nous adresser la note d'honoraires détaillée et acquittée.

- Parodontologie, scellement des sillons, patchs blanchissants : si les prestations sont prévues au tableau des garanties, des prestations de parodontologie non prises en charge par la Sécurité sociale, de scellements de sillons non pris en charge par la Sécurité sociale et de patchs blanchissants peuvent être prises en charge **dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros, par an et par bénéficiaire**.

Il convient d'envoyer l'ensemble des justificatifs des traitements.

- Implantologie : si la prestation est prévue au tableau des garanties, la prestation d'implantologie est prise en charge dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros par implant et par bénéficiaire, avec un plafond annuel d'implants ou en euros par an et par bénéficiaire.

Elle concerne exclusivement l'implant : les frais annexes (frais chirurgicaux, prothèses dentaires, faux moignons) ne sont pas couverts au titre de cette garantie.

Il convient d'envoyer l'ensemble des justificatifs des traitements.

- Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale : si la prestation est prévue au tableau des garanties, la prestation est versée à la fin de chaque semestre de traitement (dit semestre actif) ou à la fin de l'année de contention.

Pour ces traitements non pris en charge ou partiellement par la Sécurité sociale, l'intervention de la Mutuelle se fait sur une base de remboursement reconstituée d'après la codification Sécurité sociale fournie par le professionnel.

9-4 : Optique

Lors de chaque renouvellement d'équipement, le membre participant peut opter, si sa garantie le permet, pour des verres « Zéro reste à charge » lorsque l'opticien est conventionné ACTIL ou pour la formule prévue au tableau de garantie.

Quelle que soit l'option choisie, le devis est nécessaire pour bénéficier de la dispense d'avance de frais (tiers payant).

Les opticiens ont accès au portail Actil pour établir le tiers payant sur les verres et monture. Toute demande de remboursement via ce portail génère automatiquement un envoi de devis auprès de la Mutuelle Intégrance. Le membre participant qui se rend chez un opticien ne pratiquant pas le tiers payant devra impérativement transmettre préalablement un devis papier à la Mutuelle Intégrance pour que le remboursement puisse être fait le cas échéant.

- Formule Sélection Actil (si prévue au tableau de garantie) : Actil (le prestataire de la Mutuelle Intégrance en matière de tiers payant) a signé des conventions avec des professionnels de santé afin de pouvoir proposer des verres « Zéro reste à charge » au membre participant ou ses ayants droit. Cette convention est à disposition de tous professionnels.

Les professionnels signataires de ces conventions se sont engagés à proposer des packs sur des verres comprenant des corrections et des traitements pré-définis et selon une grille tarifaire.

Les principaux traitements des formules Sélection Actil :

- Anti-reflets : Intérêt esthétique pour réduire les reflets sur les verres. Ce traitement est notamment utile pour le travail sur écran ou la conduite de nuit ;
- Durci ou anti-rayure : prévient l'apparition de micro-rayures (pas utile pour les enfants dans la mesure où ils changent les verres régulièrement) ;
- Aminci : Indice d'amincissement du verre. Ce traitement est utile à partir d'une correction de 2 dioptries ou plus (attention, il n'est pas accessible sur le premier niveau des formules Sélection Actil).

Le professionnel de santé s'engage à pratiquer, sous conditions et délais fixés dans la convention qui lie Actil à son réseau d'opticiens, un service après vente portant sur les services suivants :

- Le remplacement gratuit à l'identique de tout ou partie d'une monture cassée,
- Le remplacement en cas de mauvaise adaptation des verres progressifs par une autre paire de verres multifocaux ou par deux paires de verres unifocaux.

Les formules « Sélection Actil » correspondent aux besoins de plus de 90% des corrections compre-

nant un cylindre <2 et une sphère comprise entre -6 et +6.

Lorsque les besoins de l'assuré rentrent dans les critères retenus et qu'il a recours à l'un de ces professionnels de santé, il n'a aucun frais à avancer lors de l'achat des verres.

A l'inverse, lorsqu'il a besoin d'une correction particulière, la Mutuelle lui rembourse sur la base des limites prévues au contrat.

Sauf disposition contraire figurant sur le tableau des garanties :

- Le montant en euros comprend la prise en charge du ticket modérateur et s'entend pour 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans pour les adultes, tous les ans pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue nécessitant un changement de verres et sur présentation de la prescription médicale liée à la première et deuxième demande. Par ailleurs, le montant alloué au règlement de la monture est lui-même plafonné.

- La prestation lentilles est prise en charge dans la limite d'un forfait annuel qui s'apprécie par an et par bénéficiaire. Cette prestation peut viser, selon la garantie souscrite, les lentilles de correction, prises en charge ou non par la Sécurité sociale, ainsi que les lentilles jetables.

Pour être remboursées, les lentilles doivent être prescrites médicalement.

- Chirurgie réfractive de l'œil : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle ne concerne que les restes à charge sur les actes chirurgicaux de ce type, ainsi que sur les prothèses intra-oculaires, dans la limite d'un forfait par an et par bénéficiaire. Le tableau de garantie peut prévoir que la prise en charge s'entend par œil.

9-5 : Hospitalisation

Il est nécessaire d'adresser à la Mutuelle une facture détaillée faisant apparaître la nature des actes et des prestations.

- Honoraires : quand un dépassement d'honoraires n'apparaît pas sur la facture hospitalière, il est nécessaire d'adresser à la Mutuelle le reçu d'honoraires du praticien.

- Forfait journalier : selon la garantie souscrite, des limitations de prise en charge, mentionnées au tableau de garantie et exprimées en nombre de jours par an, peuvent être appliquées concernant le forfait journalier en psychiatrie, les séjours en réadaptation ou rééducation fonctionnelle (DMT 172, 178, 179, 187 et 739), les séjours en convalescence ou moyen séjour (DMT 169, 170, 185, 214, 466, 627 et 737).

- Chambre particulière : la prestation s'entend par

jour dans la limite des frais engagés par le bénéficiaire et de la durée maximale de prise en charge mentionnée au tableau de garantie.

- Nuitée d'accompagnement (ou frais d'accompagnant) : cette nuitée comprend le lit d'accompagnement et le repas du soir. La prestation s'entend par jour dans la double limite des frais engagés par bénéficiaire et de la durée maximale de prise en charge mentionnée au tableau de garantie.

L'accompagné doit remplir deux conditions cumulatives :

- Être obligatoirement bénéficiaire de la garantie,

- Selon la garantie souscrite, avoir moins de 16 ans, plus de 70 ans ou être une personne handicapée.

La facture doit émaner de l'établissement hospitalier ou de la structure qui en dépend.

- Maternité (Protocoles non pris en charge par la Sécurité sociale) : si la prestation est prévue au tableau des garanties, les frais liés aux amniocentèses non prises en charge par la Sécurité sociale ainsi qu'aux fécondations in vitro non prises en charge par la Sécurité sociale sont remboursés par la Mutuelle **dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros et par an. Pour les fécondations in vitro (FIV), la prestation est limitée à 2 FIV par an.**

Il convient d'envoyer l'ensemble des justificatifs des traitements et des tentatives.

- Forfait pour hospitalisation en maternité : Selon la garantie souscrite, la Mutuelle verse, lors de l'accouchement, une participation liée aux dépenses engagées présentant un lien direct avec l'accouchement au titre du « forfait pour hospitalisation en maternité ». Cette somme est allouée à l'adhérent si ses droits sont ouverts au jour de l'événement. Le versement de cette somme est subordonné à la production d'une facture justificative.

- Forfait « Hospi Plus » : Selon la garantie souscrite, au titre du forfait « Hospi Plus », la Mutuelle verse une participation fixée au tableau de garantie liée aux dépenses engagées présentant un lien direct avec une hospitalisation de plus de 10 jours (hors hospitalisation en psychiatrie, en maison de repos ou en maison de convalescence).

Cette participation est indemnitare et peut concerner la prise en charge des dépassements d'honoraires, du transport refusé par la Sécurité sociale ou de la chambre particulière.

Cette somme est allouée à l'adhérent si ses droits sont ouverts au jour de l'événement.

Le versement de cette somme est subordonné à la production d'une facture justificative.

9-6 : Appareillage

Fauteuil roulant : ces véhicules sont inscrits au titre IV de la Liste de Produits et Prestations de l'Assurance maladie (LPP). La prestation est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et, sous réserve que la prestation soit prévue au tableau des garanties, d'un forfait supplémentaire fixé en euros dont la périodicité est prévue au tableau de garantie.

Appareillage (sauf titre IV de la LPP & Audioprothèses) : il s'agit par exemple de semelles orthopédiques, de bas de contention, de béquilles, de prothèses de jambe, de prothèses mammaires ou capillaires, etc... La prestation est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Appareillage auditif (ou Audioprothèses) : La prestation, qui s'entend par oreille appareillée ou en forfait annuel, est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, et sous réserve que la prestation soit prévue au tableau des garanties, d'un forfait en euros supplémentaire dont la périodicité et les modalités sont fixées au tableau des garanties.

Forfait aide technique inscrite à la LPP ou à la section I-2 de l'arrêté du 28 décembre 2005 modifié : si la prestation est prévue au tableau de garantie, elle consiste en un forfait en euros annuel et par bénéficiaire. Les frais de main d'œuvre ne sont pas pris en charge.

Article 9 -7 : Autres

Consultation pour l'obtention d'un certificat médical pour la pratique d'un sport : si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle est prise en charge par la Mutuelle dans la limite d'un forfait qui s'exprime en euros, par an et par bénéficiaire. Le versement de cette prestation est subordonné à la production d'une facture justificative.

Article 10 : Pièces à fournir

Ce tableau recense les principales prestations proposées par la mutuelle Intégrance. Pour connaître l'intégralité des prestations prévues dans votre contrat, nous vous invitons à consulter le détail de votre garantie santé et le règlement mutualiste.

	VOUS AVEZ RÉGLÉ L'INTEGRALITE DES FRAIS	VOUS AVEZ PAYÉ UNIQUEMENT LA PART MUTUELLE
Frais médicaux courants / soins de ville		
Consultations, visites et actes médicaux	Décompte Sécurité Sociale*	Facture acquittée + décompte Sécurité Sociale*
Analyses médicales		
Radiologie / Echographie		
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes,...)		
transports médicaux		
Médicaments remboursés Séc. Sociale	Facture détaillée et acquittée	-
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, ergothérapeute, diététicien, psychologue, psychomotricien, pédicure non remb. Séc. Sociale		
Médicaments, vaccins non remboursés Séc. Sociale / sevrage tabagique / contraception	Facture acquittée + ordonnance	-
Hospitalisation		
Frais de séjour	En clinique : facture détaillée et acquittée A l'hôpital : avis des sommes à payer + attestation de paiement	Facture détaillée et acquittée
Dépassement d'honoraires		-
Forfait journalier		
Chambre particulière		
frais accompagnant	Facture détaillée et acquittée + bulletin de situation	-
Télévision	Facture détaillée et acquittée + bulletin de situation	-
Forfait hospitalisation en maternité	Facture détaillée et acquittée + bulletin de situation	-
Optique		
Lunettes et lentilles acceptées Séc. Sociale	Décompte Sécurité Sociale* + ordonnance	Facture acquittée + ordonnance + décompte Sécurité Sociale*
Lentilles non remboursées par la Séc. Sociale	Facture détaillée et acquittée + ordonnance	-
Chirurgie réfractive	Facture détaillée et acquittée	-
Dentaire		
Consultations / soins / radiographies	Décompte Sécurité Sociale*	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité Sociale*
Prothèses dentaires acceptées Séc. Sociale		
Prothèses dentaires refusées Séc. Sociale	Facture détaillée et acquittée	-
Orthodontie acceptée Séc. Sociale	Décompte Sécurité Sociale*	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité Sociale*
Orthodontie refusée Séc. Sociale	Facture détaillée et acquittée	-
Implants / parodontologie / scellement des sillons / patches blanchissants		
Appareillage		
Petit et grand appareillage	Décompte Sécurité Sociale*	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité Sociale*
fauteuil roulant		
Audioprothèses	Facture détaillée et acquittée	-
Piles auditives		
Aides techniques non remb. Séc. Sociale		
Cure Thermale		
Honoraires / traitement / transport	Décompte Sécurité Sociale*	Facture détaillée et acquittée + décompte Sécurité Sociale*
Dépassement sur hébergement	Facture détaillée et acquittée	-

* l'envoi du décompte Sécurité Sociale n'est pas nécessaire en cas de fonctionnement des Echanges des données informatiques (E.D.I) avec votre caisse de Sécurité Sociale.

La Mutuelle peut vous demander, si besoin, toute autre pièce utile au remboursement des prestations ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de votre garantie, notamment s'agissant de la preuve de la qualité d'ayant droit du bénéficiaire.

Pour la bonne gestion de ses remboursements, l'adhérent est tenu de transmettre à la Mutuelle la copie de son attestation carte Vitale à chaque changement de situation (ALD, invalidité, changement de domicile, nouvel ayant droit, changement de régime de Sécurité sociale,...).

La Mutuelle Intégrance conseille à ses adhérents de produire, pour étude, avant la réalisation de certains soins dentaires (traitement prothétiques, implantaire ou orthodontiques...), un exemplaire du devis établi par le professionnel de santé.

La Mutuelle pratiquant les Échanges de Données Informatiques (E.D.I.), l'adhérent peut être dispensé de l'envoi des décomptes de remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Compte tenu de la nature des prestations de la garantie Solution'Hospiti, les échanges de données ne sont pas mis en place sur cette garantie. La mutuelle Intégrance conserve les flux NOEMIE 6 mois. Passé ce délai, le décompte Sécurité Sociale devra être joint à la demande de remboursement.

Lorsque la Mutuelle a signé des conventions de tiers payant avec des professionnels de santé, l'adhérent peut être dispensé de l'avance des frais sur la part complémentaire. En cas de remboursements forfaitaires (optique, dentaire, forfait journalier, chambre particulière), l'adhérent doit adresser une demande de prise en charge à la Mutuelle afin de bénéficier de la dispense d'avance de frais. Les prestations sont versées par la Mutuelle Intégrance, qui peut déléguer tout ou partie de la gestion.

Article 11 : Prestations indues

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle dans les plus brefs délais si des prestations étaient indûment versées et à procéder à leur remboursement. La Mutuelle, par ses propres contrôles, peut constater que des prestations ont été indûment versées. Un courrier est alors envoyé à l'adhérent pour demander le remboursement de l'indu. A défaut du reversement de l'indu, la Mutuelle pourra en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

Article 12 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action envers le tiers responsable, que la responsabilité de celui-ci soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses de santé que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la personne. Si l'adhérent est garanti par un contrat d'assurance individuel accident, la Mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par cette assurance. Le membre participant ou ses ayants droit devront informer la Mutuelle de tout accident subi mettant en cause un tiers.

Article 13 : Révision des prestations

Le montant et les modalités des prestations garanties ont été établis en considération des conditions existantes et applicables au regard de la législation en vigueur. Si ces différents éléments venaient à être modifiés, la Mutuelle se réserve le droit de réajuster, à partir de la date de modification, les conditions des garanties proposées. En tout état de cause, la Mutuelle en informera l'adhérent.

CHAPITRE III - Prestations incluses dans certaines garanties santé

Article 14 : Intégrance Assistance

Le service Intégrance Assistance offre aux adhérents une assistance gratuite à domicile en cas d'urgence (aide ménagère, télévision à l'hôpital, garde des enfants, livraison des médicaments, garde des animaux domestiques...).

Ce service est inclus dans les garanties complémentaires santé.

Une notice d'information est délivrée à tout adhérent de la Mutuelle.

Article 15 : Allocation obsèques

La Mutuelle verse, en cas de décès de l'adhérent ou d'un ayant droit, une allocation obsèques. Le versement de cette allocation doit être expressément prévu dans la garantie complémentaire santé souscrite et ne peut intervenir que si l'adhérent est, au moment de son décès, à jour de ses cotisations. Toutefois, si le décès de l'adhérent est à l'origine d'un défaut de paiement des cotisations, celui-ci pourra être régularisé afin de permettre le versement de cette allocation obsèques.

Cette allocation obsèques constitue une garantie annuelle couvrant le décès survenu entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année d'adhésion.

Cette garantie en inclusion est fournie par la souscription d'un contrat d'une durée ferme d'un an auprès d'un organisme assureur externe.

Chaque année, l'Assemblée générale peut voter,

pour l'année à venir, la souscription ou non d'un nouveau contrat ou la modification de cette garantie allocation obsèques.

Une cotisation spécifique, prévue dans la notice d'information « Intégrance-Frais d'Obsèques », s'ajoute au montant de la cotisation complémentaire santé et est appelée simultanément.

Les conditions et modalités de versement de cette allocation sont prévues dans la notice d'information « Intégrance-Frais d'Obsèques » qui est remise à l'adhérent.

CHAPITRE IV - Aide Sociale

Article 16 : Aide sociale

L'Assemblée Générale de la Mutuelle détermine chaque année la dotation dont dispose la Commission Action Sociale pour attribuer des aides ponctuelles aux adhérents de la Mutuelle depuis au moins 6 mois.

Ces aides sont attribuées sur demande dûment justifiée et circonscrite de l'adhérent, dans la limite de la dotation annuelle, par la Commission Action Sociale, visée à l'article 7 du règlement intérieur.

CHAPITRE V - Cotisations

Article 17 : Principes

La cotisation, individuelle ou familiale, donne accès aux prestations et aux services de la Mutuelle.

Une carte d'adhérent mutualiste est adressée à chaque membre participant.

Article 18 : Détermination

Les cotisations sont déterminées selon les modalités définies par les articles 24 et 25 des statuts.

Les cotisations peuvent être modulées en fonction des prestations, qui elles-mêmes sont établies au regard des besoins des diverses catégories de population qui sollicitent la Mutuelle Intégrance.

La majoration de cotisation due au rattachement du nouveau-né est prise en compte dans le calcul de la cotisation parentale à partir du 1^{er} jour du 4^{ème} mois suivant la naissance.

En tout état de cause, la Mutuelle ne peut recueillir d'informations médicales auprès de ses adhérents ou futurs adhérents, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé des intéressés.

La cotisation des membres honoraires, indiquée à l'article 6 des statuts, est fixée annuellement par l'Assemblée Générale.

Dans le cadre d'un accord de groupe portant sur des garanties standard, le montant des cotisations

est fixé selon une grille annuelle, adoptée par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration. Dans le cadre d'un accord de groupe spécifique, destiné à répondre plus particulièrement aux besoins de certaines catégories d'adhérents, les cotisations sont déterminées en fonction des besoins en prestations.

Article 19 : Paiement

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement ou, par dérogation, annuellement, semestriellement, trimestriellement. Le paiement des cotisations par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal est privilégié.

Le règlement des cotisations intervient aux dates mentionnées sur l'appel de cotisations ou l'échéancier de prélèvement.

Tout mois d'adhésion entamé entraîne le versement de la cotisation afférente.

Article 20 : Défaut de paiement

Une mise en demeure est adressée à l'adhérent en cas de défaut de paiement d'une cotisation échue depuis plus de 10 jours. Cette mise en demeure est adressée au plus tôt 10 jours après l'identification de l'impayé. En cas de non paiement, 30 jours après l'envoi de ce courrier, la garantie est suspendue. L'adhérent est radié s'il n'a pas régularisé sa situation dans les 40 jours qui suivent l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Les droits de l'adhérent sont réouverts dès régularisation des impayés uniquement si la régularisation intervient avant la résiliation.

La Mutuelle peut procéder au recouvrement de sa créance par toutes voies de droit.

Toutefois, la Mutuelle Intégrance se réserve le droit, en cas de défaut de paiement des cotisations, d'adopter au cas par cas, selon les situations présentées, des dispositions plus favorables à l'égard de l'adhérent.

Article 21 : Révision des cotisations

Conformément aux modalités définies aux articles 24 et 25 des statuts, la Mutuelle Intégrance se réserve le droit de réviser en cours d'année le montant des cotisations appelées, dès lors que les évolutions réglementaires le justifient ou que l'équilibre de la garantie le nécessite.

CHAPITRE VI - Dispositions diverses

Article 22 : Fraude ou fausse déclaration intentionnelle

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications. La Mutuelle Intégrance peut prononcer l'annulation des droits aux prestations et poursuivre l'adhérent.

Elle peut également prononcer l'annulation de l'adhésion en cas de fausse déclaration intentionnelle lors de l'adhésion ; dans ce cas les cotisations payées demeurent acquises à la Mutuelle Intégrance.

Article 23 : Forclusion, prescription et interruption de la prescription

Les demandes de remboursement ou de paiement doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 2 ans à partir de l'événement ouvrant les droits.

Cette disposition concerne le remboursement des frais relatifs aux soins médicaux. Ce délai est porté à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant et vise le paiement de l'allocation obsèques. Passé ce délai, la dette est éteinte.

Toute action dérivant des garanties souscrites est prescrite deux ans après la survenance de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne commence qu'à partir du jour où les intéressés ont eu connaissance de cet événement.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (demande en justice, mesure d'exécution forcée, mesure conservatoire, reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'adhérent à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du présent règlement, les parties s'engagent notamment, avant tout recours porté devant les tribunaux de l'ordre judiciaire, à épuiser entre elles les voies de règlement amiable du différend qui les oppose.

Article 24 : Obligations réciproques d'information

En cas de changement de situation, de quelque

nature qu'il soit (familial, professionnel, bancaire, changement de régime de sécurité sociale, changement d'établissement d'hébergement...), l'adhérent est tenu d'en aviser la Mutuelle dans les plus brefs délais.

Certains changements de situation sont susceptibles d'entraîner une modification de garantie ou de cotisations.

Un délai de réflexion, prévu à l'article L.221-4 du Code de la Mutualité, doit s'écouler entre la remise des documents et la signature du bulletin d'adhésion.

Par ailleurs, toute modification des statuts et règlements décidée par l'Assemblée Générale de la Mutuelle est portée à la connaissance de ses membres.

Les modifications des montants des prestations et des cotisations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents.

La Mutuelle peut être amenée à recueillir les coordonnées téléphoniques de ses adhérents. Ces derniers ont la possibilité de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (dite « BLOCTEL »).

Article 25 : Médiation

En cas de contestation relative aux garanties d'assurance souscrites non résolue après contact pris avec les services de la Mutuelle, le souscripteur ou l'adhérent pourra soumettre sa réclamation au Médiateur en adressant un dossier complet au Médiateur de la Fédération de la Mutualité Française :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur,
255 rue de Vaugirard,
75719 Paris Cedex 15

- Soit par mail à : mediation@mutualite.fr

Ce recours ne peut être présenté si une action contentieuse a déjà été engagée. La saisine du Médiateur interrompt la prescription. Le Médiateur rend un avis motivé dans un délai de 3 mois maximum de la réception du dossier complet.

Article 26 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 61, Rue Taitbout - 75009 Paris.

Conditions au 1^{er} janvier 2018 des garanties «standard» ouvertes aux adhésions et relevant du règlement mutualiste des offres SOLIDAIRES

GARANTIES FACILIT'SANTE

Conditions d'adhésion

- Relever d'un régime de Sécurité sociale français (hors régime local Alsace Moselle)
- Conditions d'âge à l'adhésion : être âgé d'au moins 16 ans.
- Autres conditions d'âge à l'adhésion :
 - Facilit'Santé Niveau 1 : Pas de limite d'âge à l'adhésion
 - Facilit'Santé Niveau 1 avec Pack Jeunes & Familles : Pas de limite d'âge à l'adhésion
 - Facilit'Santé Niveau 1 avec Pack Seniors : Avoir entre 50 et 79 ans à l'adhésion
 - Facilit'Santé Niveau 2 : Pas de limite d'âge à l'adhésion
 - Facilit'Santé Niveau 2 avec Pack Jeunes & Familles : Pas de limite d'âge à l'adhésion
 - Facilit'Santé Niveau 2 avec Pack Seniors : Avoir entre 50 et 79 ans à l'adhésion
 - Facilit'Santé Niveau 3 : Avoir moins de 79 ans à l'adhésion
 - Facilit'Santé Niveau 3 avec Pack Jeunes & Familles : Avoir moins de 79 ans à l'adhésion
 - Facilit'Santé Niveau 3 avec Pack Seniors : Avoir entre 50 et 79 ans à l'adhésion
 - Facilit'Santé Niveau 4 : Avoir moins de 79 ans à l'adhésion
 - Facilit'Santé Niveau 4 avec Pack Jeunes & Familles : Avoir moins de 79 ans à l'adhésion
 - Facilit'Santé Niveau 4 avec Pack Seniors : Avoir entre 50 et 79 ans à l'adhésion

Les personnes qui ne rempliraient pas ces conditions sont invitées à prendre contact avec leur agence locale Intégrance, afin d'étudier une solution qui leur soit adaptée.

Tarifs mensuels de base

Les tarifs mensuels de base sont fixés selon l'âge et la situation du bénéficiaire.

L'âge pris en compte pour le calcul de la cotisation de chaque bénéficiaire est son âge au 1er janvier de l'année de cotisation (exemple : un bénéficiaire né le 15 février 1971 est considéré comme ayant 46 ans pour toute l'année 2018).

Seuls les 2 premiers enfants, par ordre de naissance, se voient appliquer une cotisation. Les enfants suivants sont couverts sans cotisation supplémentaire.

GARANTIE SOLUTION'HOSPI

Conditions d'adhésion

- Relever d'un régime de Sécurité sociale français, et
- Avoir moins de 70 ans

Les personnes qui ne rempliraient pas ces conditions sont invitées à prendre contact avec leur agence locale Intégrance, afin d'étudier une solution qui leur soit adaptée.

Tarifs mensuels de base

Les tarifs mensuels de base sont fixés selon l'âge.

L'âge pris en compte pour le calcul de la cotisation de chaque bénéficiaire est son âge au 1er janvier de l'année de cotisation (exemple : un bénéficiaire né le 15 février 1971 est considéré comme ayant 46 ans pour toute l'année 2018).

GARANTIES RESID'EHPAD

Conditions d'adhésion

- Relever d'un régime de Sécurité sociale français,
 - Résider en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).
- La Mutuelle se réserve le droit de contrôler, à tout moment, que le bénéficiaire répond aux conditions requises pour continuer à bénéficier de la garantie et du tarif accordés.

Tarifs mensuels de base

Les tarifs mensuels de base sont fixés selon l'âge et la situation du bénéficiaire.

L'âge pris en compte pour le calcul de la cotisation de chaque bénéficiaire est son âge au 1^{er} janvier de l'année de cotisation (exemple : un bénéficiaire né le 15 février 1940 est considéré comme ayant 77 ans pour toute l'année 2018).

GARANTIES RETRAITES À DOMICILE

Conditions d'adhésion

- Relèver d'un régime de Sécurité sociale français (hors régime local Alsace Moselle),
- Avoir 80 ans au moins au moment de l'adhésion.

Tarifs mensuels de base

Les tarifs mensuels de base sont fixés selon l'âge à l'adhésion.

GARANTIES EN INCLUSION

Les cotisations des garanties en inclusion sont réglées dans les mêmes conditions et périodicités que la cotisation complémentaire santé.

- Intégrance Assistance

(Voir l'article 13 du Règlement mutualiste et la Notice d'information Intégrance Assistance).

La cotisation de la garantie « Intégrance Assistance » incluse dans toutes les garanties complémentaire santé s'élève, au 1^{er} janvier 2018, à 6,36 € TTC par an et par chef de famille.

- Intégrance Frais d'Obsèques

(Voir l'article 14 du Règlement mutualiste et de la Notice d'information Intégrance Frais d'Obsèques 2018).

La cotisation de la garantie « Intégrance Frais d'Obsèques » incluse dans certaines garanties complémentaire santé est indiquée dans les annexes de la Notice d'information Intégrance Frais d'Obsèques 2018.

INFORMATIONS DIVERSES

Taxe applicable aux cotisations complémentaire santé*

Les cotisations complémentaire santé sont soumises à la Taxe de Solidarité Additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire (art L862.4 du code de la Sécurité sociale), collectée par la Mutuelle en même temps que les cotisations du contrat.

Au 1^{er} janvier 2018, la Taxe de Solidarité Additionnelle est de 20,27% pour les garanties relevant du présent Règlement Mutualiste des Offres SOLIDAIRES.

Cette taxe ne s'applique que sur la partie de cotisation relative à la complémentaire santé, c'est-à-dire hors cotisations « Intégrance Assistance » et « Intégrance Frais d'Obsèques » le cas échéant.

Les cotisations ci-dessus indiquées comprennent cette taxe.

Chaque année, l'adhérent reçoit un avis d'appel de cotisation qui mentionne le montant de la cotisation complémentaire santé « Hors Taxes » (HT) et « Toutes taxes comprises » (TTC).

* en application des dispositions législatives et réglementaires connues à la date du 31/08/2017.

Chèque santé et déduction fiscale

Si vous venez à bénéficier de l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé, contactez l'un de nos conseillers par téléphone au 0 800 94 17 13 ou par email : pfa@integrance.fr.

Garanties fermées aux adhésions

Les garanties «standard» listées ci-dessous sont fermées aux adhésions à la date mentionnée entre parenthèses. Toutefois, les adhésions à ces garanties ayant pris effet antérieurement sont maintenues et se renouvellent annuellement dans les conditions prévues aux articles 3 et 6 du présent règlement.

- Garanties Solidarité (1^{er} juillet 2011)
- Garanties Handicap Moteur (1^{er} juillet 2011)
- Garanties Handicap Auditif (1^{er} juillet 2011)
- Garanties Handicap Psychique (1^{er} juillet 2011)
- Garanties Cécité (1^{er} juillet 2011)
- Garanties Cécité option optique (1^{er} juillet 2011)
- Garanties Malvoyance (1^{er} juillet 2011)
- Garanties Insuffisance Rénale (1^{er} juillet 2011)
- Garanties Insuffisance Respiratoire (1^{er} juillet 2011)
- Garanties Top Santé Maxi (1^{er} juillet 2011)
- Garanties Jeunes (1^{er} juillet 2011)
- Garanties Age d'Or (1^{er} juillet 2011)
- Garanties Séniors en EHPAD (1^{er} avril 2014)
- Garanties Personnes Polyhandicapées en Établissement (1^{er} juillet 2014)
- Garanties Alsace Moselle Régime Général (1^{er} janvier 2016)
- Garanties Néo/Solidarité (1^{er} janvier 2017).
- Garantie Néo/Seniors Basic (1^{er} janvier 2017).

Notice d'information Intégrance Assistance

SOMMAIRE

A - Cadre des garanties d'assistance santé et de protection juridique

B - Généralités des prestations d'assistance santé

C - Détail des prestations d'assistance santé garanties

D - Synoptique des prestations d'assistance santé garanties

E - Généralités des prestations de protection juridique

F - Détail des prestations de protection juridique

La **Mutuelle Intégrance** a souscrit le contrat collectif « **Intégrance Assistance** », au profit de ses Assurés et auprès de FILASSISTANCE, afin de faire bénéficier ces derniers, de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

Lorsqu'un accident, une maladie (soudaine, imprévisible ou aiguë), ou un décès surviennent, l'organisation de la vie familiale peut être bouleversée. Afin d'aider ses Adhérents à se réorganiser, la Mutuelle INTEGRANCE propose le service « **Intégrance Assistance** ».

Du fait de leur handicap, certains Adhérents nécessitent un accompagnement spécifique lors de certains événements importants de leur vie.

Par ce service, qui renforce chacune de ses garanties Complémentaire Santé, **Intégrance** réaffirme sa vocation à faire preuve de solidarité et de professionnalisme pour protéger ses adhérents en toutes circonstances.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par FILASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 3 500 000 €, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD.

A - Cadre des garanties d'assistance santé et de protection juridique

1 - COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

Téléphone	09 69 32 00 15 (numéro non surtaxé) + 33 1 70 36 33 92 (depuis l'étranger)
Télécopie	01 47 11 24 63
Adresse email	assistance@filassistance.fr
Par SMS	06 08 17 28 25
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92210 Saint-Cloud
Numéro de contrat	F 17 S 0498

2 - MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

2-1 : Délivrance des prestations
FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (**hors jours fériés**). En cas de rapatriement au domicile prévu par les garanties d'assistance, FILASSISTANCE met en œuvre cette prestation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone suivant : **09 69 32 00 15**, préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours suivant l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat **F 17 S 0498**. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de FILASSISTANCE.

À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

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

2-2 : Règlement des prestations

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de FILASSISTANCE, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que FILASSISTANCE jugerait utile.

Le règlement des prestations interviendra dans un délai de quinze (15) jours ouvrés suivant la réception desdites pièces par FILASSISTANCE, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

2-3 : Conditions d'ordre médical

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance relève de la décision de l'équipe médicale de FILASSISTANCE, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

Afin de permettre à l'équipe médicale de FILASSISTANCE de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées **sous pli confidentiel** à l'attention du service médical de FILASSISTANCE.

3 - QUI PEUT BENEFICIER DES GARANTIES ?

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s) et ascendants fiscalement à charge et vivant sous le même toit ainsi que toute autre personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie.

Les Bénéficiaires doivent résider en France telle que définie ci-dessous.

4 - OÙ S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

A l'exception de la prestation « RAPATRIEMENT AU DOMICILE EN CAS DE FUGUE D'UN ADHERENT OU D'UN ENFANT HANDICAPE MENTAL OU PSYCHIQUE » qui s'applique dans le monde entier, les garanties d'assistance et de protection juridique fournies respectivement par FILASSISTANCE et par le **GIE CIVIS** au titre des présentes conditions générales valant Notice d'information, s'appliquent en France telle que définie ci-dessous.

Elles sont fournies exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent, telle que définie ci-dessous.

5 - QUELLE EST LA PERIODE DES GARANTIES ?

La présente Notice prend effet à compter du 1er janvier 2017 et couvre les événements garantis survenus à compter de cette date.

Les Bénéficiaires peuvent solliciter les prestations pendant la période d'adhésion au contrat **Intégrance**, sous réserve du règlement de la cotisation correspondante.

Toutefois, le droit à garantie auprès de FILASSISTANCE cesse pour chaque Adhérent :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat **Intégrance** ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance F 17 S 0498 ;
- En cas de non-paiement de la cotisation conformément aux dispositions prévues à l'article L113-3 du Code des assurances.

6 - SUBROGATION

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, FILASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'adhérent doit informer FILASSISTANCE de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

7 - INFORMATIONS ET LIBERTES

Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant à la présente Notice, l'Adhérent consent à ce traitement informatique.

Dans ce cadre, l'Adhérent est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises aux prestataires ou sous-traitants liés contractuellement à FILASSISTANCE intervenants pour l'exécution des garanties d'assistance.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, l'Adhérent dispose d'un droit d'accès et de modification relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant,

il devra adresser sa demande, accompagnée d'une copie (recto/verso) de sa pièce d'identité, à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE – Correspondant CNIL
108, Bureaux de la Colline
92213 SAINT-CLOUD CEDEX

L'Adhérent peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

8 - RESPONSABILITE

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente Notice. A ce titre, FILASSISTANCE est tenue d'une obligation de moyens dans la réalisation des prestations d'assistance garanties et il appartiendra à l'Adhérent de prouver la défaillance de FILASSISTANCE.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis de l'Adhérent, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, FILASSISTANCE sera responsable des dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard de l'Adhérent, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de FILASSISTANCE et un préjudice de l'Adhérent.

9 - AUTORITE DE CONTROLE

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 61 rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09.

10 - RECLAMATIONS

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant : 09 69 32 00 15, qui veillera à répondre dans un délai maximal de dix (10) jours, à compter de la demande.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le Bénéficiaire pourra adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE - Service Réclamations
108, Bureaux de la Colline
92213 SAINT-CLOUD CEDEX

Cette réclamation pourra également être formulée sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

Une réponse sera alors formulée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, FILASSISTANCE enverra un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de dix (10) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation.

Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse ci-dessous :

Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

L'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans les deux (2) mois à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

11 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant de la présente Notice sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où FILASSISTANCE en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Adhèrent contre FILASSISTANCE a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhèrent ou a été indemnisé par ce dernier.

En vertu de l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et notamment la citation en justice, le commandement de payer, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par FILASSISTANCE à l'Adhèrent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Adhèrent à FILASSISTANCE, en ce qui concerne le règlement des prestations.

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties.

12 - FAUSSE DECLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhèrent entraîne la nullité de son adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances. La garantie cesse alors immédiatement.

Les primes payées demeurent alors acquises à FILASSISTANCE, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhèrent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L113-9 du Code des assurances.

Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

13 - LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

La présente Notice est régie par le droit français. Préalablement à toute action en justice, il est convenu que FILASSISTANCE et l'Adhèrent rechercheront une solution amiable à leur litige, dans un délai de trente (30) jours, suivant la mise en demeure envoyée par FILASSISTANCE ou l'Adhèrent.

A défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le siège social de FILASSISTANCE ou le domicile de l'Adhèrent.

B - Généralités des prestations d'assistance santé

1 - DEFINITIONS

Les Parties entendent les termes ci-dessous selon les définitions suivantes :

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure.

Actes de la vie quotidienne : Le transfert, le déplacement à l'intérieur d'une surface plane, l'alimentation, la toilette, la continence et l'habillement.

Adhèrent : Toute personne physique, adhérant à « INTEGRANCE ASSISTANCE » et qui s'engage à acquitter la cotisation émise aux périodes définies.

AGGIR : Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.

Aide à domicile : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

Animaux de compagnie : Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ». L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.

Assuré Aidant : Le Bénéficiaire qui assiste la personne en état de dépendance totale ou partielle. Le Bénéficiaire Aidant apporte une aide quotidienne à l'Aidé pour les actes de la vie quotidienne. Sauf clause contraire, le Bénéficiaire Aidant devra avoir le même domicile ou visiter quotidiennement à domicile son Aidé.

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

Auxiliaire de vie : Intervenante qui facilite le lever, le coucher, la toilette et les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers), dans le but de maintenir la personne à son domicile.

Bénéficiaire : Toute personne désignée à l'article 3 du paragraphe A, ci-avant.

Conjoint : Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.

Dépendance : Etat de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.

Domicile : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Equipe médicale : Médecin de FILASSISTANCE.

Èvènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de FILASSISTANCE, et notamment la maladie, l'accident, le décès, etc.

France : France métropolitaine y compris la Corse.

Handicap : Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Hospitalisation : Tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle.

Hospitalisation imprévue : Tout séjour imprévu d'une durée supérieure à 24 heures, hors séjour ambulatoire, dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle et dont la survenance n'était pas connue dans les cinq (5) jours avant son déclenchement.

Immobilisation : Etat d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant de le reposer au domicile.

Intégrance Assistance : Contrat collectif d'assistance n° F 17 S 0498 souscrit par la MUTUELLE INTEGRANCE auprès de FILASSISTANCE au bénéfice de l'ensemble de ses Adhérents en Complémentaire Santé (hors bénéficiaire d'une garantie de la gamme ASACS).

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

Maladie chronique : Maladie qui évolue lentement et se prolonge dans le temps.

Monde entier : Tout pays situé hors de France, à l'exclusion des pays formellement déconseillés par le gouvernement français.

Titre de transport : Dans la limite des disponibilités, 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.

Zone de résidence : Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine et en Corse, zone couvrant la France métropolitaine et la Corse.

2 - EXCLUSIONS

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Adhérent ou le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de FILASSISTANCE les conséquences :

- des frais engagés sans l'accord préalable de FILASSISTANCE ;
- des frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;
- de l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement ;
- des états résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;
- des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;

- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances ;
- des cataclysmes naturels ;
- des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir ;
- de la participation volontaire de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1ère année suivant l'adhésion ;
- d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ;
- les frais liés aux excédents de poids de bagages lors d'un transport par avion, avec les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent pas être transportés par le Bénéficiaire ;
- les frais engagés par le Bénéficiaire pour la délinquance de tout document officiel ;
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou interétatique pour toute autorité ou organisme gouvernemental ou non ;
- d'une cause étrangère (cas de force majeure tels que définis par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

C - Détail des prestations d'assistance santé garanties

Les prestations d'assistance qui suivent seront octroyées sous les conditions et dans les limites prévues par le synoptique des garanties (D).

1 - ASSISTANCE INFORMATIONS

La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- d'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),
- des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.

Les prestations qui suivent sont uniquement téléphoniques et en aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Les spécialistes de FILASSISTANCE ne peuvent se substituer aux intervenants habituels.

A la demande de l'Adhérent, FILASSISTANCE recherche et communique le ou les renseignement(s) nécessaires(s) à la résolution des problèmes de la vie

familiale et quotidienne **à l'exception des problèmes liés à sa vie professionnelle).**

La prestation de renseignements est assurée par une équipe de chargés d'informations qui répondent à toute question d'ordre réglementaire et juridique, ainsi qu'aux demandes d'informations du domaine de la vie pratique.

a) Renseignements réglementaires

Justice / défense / recours : à qui vous adresser, comment porter plainte, juridictions civiles, juridictions administratives, juridictions pénales, frais de justice, aide judiciaire, amendes pénales, etc.

Sociétés / commerçants / artisans / affaires : professions libérales, professions commerciales et industrielles, professions artisanales, sociétés commerciales, TVA et autres taxes, assurances professionnelles, aide-mémoire de formalités, frais d'installation.

Assurances sociales / allocations / retraites : salaires, fonction publique, commerce, artisanat, professions libérales, agriculteurs, prestations familiales, accidents du travail, pension de réversion des salariés, pension de réversion des non-salariés, aide sociale, etc.

Impôts / fiscalité : imprimés à remplir, traitements et salaires, revenus fonciers, BIC, BNC, BA, plus-values, charges déductibles, calcul de l'impôt, impôts locaux, réclamations, paiements, contrôles, etc.

Famille : régimes matrimoniaux, grossesse, naissance, adoption, éducation des enfants, émancipation des mineurs, union libre, divorce, succession, décès, handicapés, etc.

b) Renseignements vie pratique

Habitation / logement : acquisition, construction, financement, bail, congés, copropriété, vente, achat en viager, résidence secondaire, urbanisme, expropriation, professionnels et immobilier, organismes à consulter, etc.

Consommation : argent et chèques dans la vie quotidienne, santé, personnel de maison, protection de la vie privée, énergie dans la vie quotidienne, automobile, vivre mieux (nouvelles brèves et conseils) etc.

Vacances / loisirs : vacances en famille, enfants et adolescents, camping, caravanning, voyages organisés, centres et mouvements de jeunesse, activités de plein air, activités culturelles, loisirs du 3e âge, vacances à l'étranger, votre argent en vacances, etc.

Formalités / cartes / permis : état civil, passeport, casiers judiciaires, cartes et permis divers, obligations militaires, déménagements, etc.

Services publics : EDF/GDF, opérateurs téléphoniques, SNCF, la Mairie, la Préfecture, le Médiateur : Pour quels services ? A qui s'adresser ? Comment ?

Enseignement / formation : école maternelle, primaire, secondaire, après le baccalauréat, bourses du second degré, aides financières pour étudiants, téléenseignements, collèges et lycées spéciaux, etc.

c) Renseignements divers dépannages

FILASSISTANCE recherche et communique les numéros d'appel téléphoniques :

- des taxis, gares SNCF, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, etc.
- des entreprises de dépannage situées **dans un rayon de 30 km du domicile**, telles que : plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrierie, etc.

Cette prestation se limite à communiquer un ou plusieurs numéros téléphoniques. **FILASSISTANCE ne saurait, en aucun cas, recommander une entreprise, ni, a fortiori, être impliquée à propos de la qualité du travail exécuté par le réparateur ou à propos de la rapidité de son intervention.**

2 - TRANSMISSION DES MESSAGES URGENTS

En cas de besoin, FILASSISTANCE se charge de transmettre les messages urgents à la famille de l'Adhérent.

D'une manière générale la retransmission des messages est subordonnée à :

- une justification de la demande,
- une expression claire et explicite du message à retransmettre,
- une indication précise des noms, prénoms, adresse complète et éventuellement, numéro de téléphone de la personne à contacter.

Cette transmission sera effectuée sous la responsabilité de l'Adhérent.

3 - RECHERCHE D'UN MEDECIN, D'UNE INFIRMIERE OU D'UN INTERVENANT PARAMEDICAL

En l'absence de médecin traitant, FILASSISTANCE apporte son aide au Bénéficiaire pour trouver un médecin de garde, une infirmière ou un intervenant paramédical, sur le lieu de survenance de l'accident ou de la maladie.

En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être engagée si aucun médecin n'était

disponible. Les frais de visite restent à la charge du Bénéficiaire.

4 - ACHEMINEMENT EN MILIEU HOSPITALIER

Si le médecin traitant prescrit une hospitalisation du Bénéficiaire, FILASSISTANCE peut l'aider à rechercher un lit en milieu hospitalier le plus proche de son domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission.**

Sur prescription médicale, FILASSISTANCE peut rechercher une ambulance et organiser le transport du Bénéficiaire malade ou blessé jusqu'à son lieu d'hospitalisation. **Les frais de l'ambulance ou du transport resteront à la charge de l'Adhérent.**

Si le retour au domicile du Bénéficiaire doit s'effectuer en ambulance ou VSL, et si le Bénéficiaire en fait la demande, FILASSISTANCE organisera son retour, **sans pour autant prendre en charge les frais d'ambulance ou de VSL.**

5 - ACHEMINEMENT DES MEDICAMENTS

FILASSISTANCE organise et prend en charge l'acheminement de médicaments au domicile du Bénéficiaire, si celui-ci est immobilisé et s'il s'agit, selon la prescription médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé. **Cette garantie s'applique si le Bénéficiaire ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le simple renouvellement d'ordonnance.**

FILASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans **un rayon maximum de 50 km autour du domicile du Bénéficiaire**, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

Le coût du ou des médicaments sera pris en charge financièrement par le Bénéficiaire.

6 - FRAIS DE LOCATION DE TELEVISEUR

FILASSISTANCE prend en charge les frais de location de téléviseur **correspondant à un maximum de 30 jours de location.**

Les demandes de remboursement accompagnées de **l'original de la facture ou du justificatif de la location du téléviseur, de la copie du bulletin d'hospitalisation (en indiquant, le cas échéant, le numéro de dossier d'assistance attribué) doivent être adressées à :**

Mutuelle Intégrance
89 rue Damrémont
75882 Paris Cedex 18

7 - PRESENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue et les frais d'hébergement d'un proche, habitant dans la zone de résidence de l'Adhèrent, afin de lui permettre de se rendre à son chevet, à celui de son Conjoint ou de l'enfant.

8 - AIDE A DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition et prend en charge une aide à domicile, dans les conditions prévues par le synoptique des garanties (D).

Un certificat médical devra être adressé à FILASSISTANCE avant la mise en œuvre de la prestation garantie.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhèrent ou de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE.

9 - GARDE ET TRANSFERT DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Si personne n'est en mesure de s'occuper des animaux de compagnie de l'Adhèrent ou de son Conjoint, FILASSISTANCE organise et prend en charge (**hors frais de toilettage et frais de soins vétérinaires**) leur garde à l'extérieur ou leur entretien à domicile, **sous réserve que ceux-ci aient été vaccinés.**

A l'issue de cette garde, le retour à domicile de l'animal de compagnie peut-être organisé et pris en charge par FILASSISTANCE, **à condition qu'il ait lieu dans un rayon de 25 km A/R maximum.**

10 - GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT AGES DE MOINS DE 16 ANS

Si personne ne peut s'occuper des **enfants âgés de moins de 16 ans** de l'Adhèrent ou de son Conjoint et restés seuls au domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhèrent ou son Conjoint :

- la garde à domicile
- OU l'accompagnement des enfants à l'école ;
- OU le transfert de ces enfants chez un proche habitant dans la zone de résidence de l'Adhèrent ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la zone de résidence de l'Adhèrent, jusqu'au domicile.

11 - GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Si personne ne peut s'occuper des ascendants de l'Adhèrent ou de son Conjoint vivant habituellement

au domicile et restés seuls, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhèrent ou son Conjoint :

- la garde à domicile ;
- OU le transfert de ces personnes chez un proche habitant dans la zone de résidence de l'Adhèrent ;
- OU la venue d'un proche habitant dans la zone de résidence de l'Adhèrent, jusqu'au domicile.

12 - TELEASSISTANCE

Ce service est proposé à tout Adhèrent **âgé de 70 ans et plus**, ayant effectué un séjour hospitalier.

Mise à disposition d'un service de Téléassistance à domicile (PréviFiU) à compter de son retour au domicile **pour une durée de 3 mois maximum.** Au-delà de cette période, l'Adhèrent aura la possibilité, s'il le souhaite, de prolonger cette mise à disposition dans le cadre d'un abonnement individuel à sa charge.

13 - AIDE A LA CONSTITUTION DU DOSSIER DE FINANCEMENT D'UN SERVICE DE TELEASSISTANCE

A la demande de l'Adhèrent, une assistante sociale de FILASSISTANCE réalise une évaluation de sa situation et l'aide dans les démarches auprès des organismes concernés (Conseil Général, Caisse de Retraite, Mairie etc.) pour l'obtention d'une aide au financement d'un service de téléassistance.

14 - ECOLE A DOMICILE

FILASSISTANCE organise et prend en charge, **dès le 1er jour ouvrable consécutif d'absence scolaire**, un répétiteur scolaire se déplaçant au domicile de l'Adhèrent ou dans l'établissement hospitalier de l'enfant, pour lui dispenser des cours du niveau primaire ou secondaire d'enseignement général dans les matières suivantes : français, mathématiques, langues étrangères (1ère et 2nde langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles.

Cette prestation est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, telle que définie par le Ministère de l'Education Nationale. Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs scolaires dans un rayon de 25 km du domicile et ne s'applique pas pendant les vacances scolaires d'été et les jours fériés. En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire.

Un certificat médical devra être adressé à l'équipe médicale de FILASSISTANCE avant la mise en œuvre de la prestation garantie, indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et précisant que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie/accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

15 - AVANCE DES FRAIS D'INHUMATION

Si aucun Bénéficiaire ne peut régler les frais d'inhumation de l'Adhérent ou son Conjoint, FILASSISTANCE procède à une avance à concurrence de la limite mentionnée dans le synoptique (D) et contre remise d'un chèque de caution.

Il est expressément convenu que le remboursement de ces frais devra être réalisé **dans un délai de trente (30) jours à compter du jour de la remise de l'avance.**

16 - ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

FILASSISTANCE peut mettre l'Adhérent ou son Conjoint en relation avec l'équipe médico-sociale de FILASSISTANCE qui réalisera un bilan de situation du foyer et pourra ensuite l'orienter et l'assister dans les démarches auprès des organismes concernés.

17 - ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

L'Adhérent ou son Conjoint peut contacter l'équipe médico-psycho-sociale de FILASSISTANCE qui lui assurera une écoute adaptée et/ou l'orientera vers les professionnels assurant une prise en charge psychologique.

FILASSISTANCE prend en charge 3 entretiens téléphoniques par année civile.

FILASSISTANCE pourra le cas échéant procéder au remboursement des frais de consultation d'un psychologue, **à hauteur de 60 € TTC maximum, et sur présentation préalable d'une facture.**

18 - RENSEIGNEMENTS SUR LA DEPENDANCE

FILASSISTANCE communique à l'Assuré aidant toutes les informations nécessaires dans le cadre de la surveillance de la dépendance d'un proche, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, FILASSISTANCE met en contact la famille de l'Assuré aidant avec les organismes concernés.

19 - SOUTIEN D'UN PROCHE DEPENDANT

Lorsque l'Assuré aidant doit s'absenter ou s'il est victime d'un problème de santé, FILASSISTANCE recherche et réalise à sa demande un entretien téléphonique au sujet du proche dépendant dont il s'occupe avec pour objectif de le conseiller sur les mesures à prendre pour aider son proche dépendant.

FILASSISTANCE informera l'Assuré aidant sur les différentes modalités de règlement des prestataires de services (paiement direct auprès de prestataires agréés pour bénéficier d'avantages fiscaux, avec ou sans chèque emploi-service universel).

À partir de cet échange téléphonique avec l'Assuré aidant, FILASSISTANCE établit un plan d'aide à domicile et organise des services au domicile de son proche dépendant (livraison de repas, de courses, de médicaments, aide-ménagère etc.).

Les frais liés aux prestations mises en place pour le proche dépendant restent à la charge de l'Assuré aidant.

20 - AIDANT DE REMPLACEMENT

FILASSISTANCE organise et prend en charge **la venue d'une auxiliaire de vie ou d'une aide à domicile ou bien le transfert du proche dépendant au domicile de la personne désignée par l'Assuré aidant** pouvant accueillir le proche dépendant.

La personne désignée par l'Assuré aidant doit habiter dans la même zone de résidence que l'Assuré aidant.

21 - LES SERVICES D'ASSISTANCE « A LA CARTE » (ACCES AUX SERVICES A LA PERSONNE ET AUX SERVICES DIVERS)

Ces services sont accessibles à tout moment. FILASSISTANCE aide l'Assuré aidant dans la recherche des prestataires et se charge de la mise en relation si nécessaire, **sous réserve des disponibilités locales :**

- livraison de repas, de courses, de médicaments ;
- télé sécurité, 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» ;
- et 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 km du domicile ...) ;
- téléassistance.

FILASSISTANCE indique à l'Assuré aidant ou à ses proches quels sont les services à la carte qui peuvent être financés par les Chèques Emploi Service Universel (ou CESU). Dans ce dernier cas, ils peuvent ouvrir droit à des réductions d'impôt dès lors qu'ils sont délivrés par des prestataires agréés (et dans les conditions de la réglementation en vigueur).

22 - MAINTIEN DANS L'EMPLOI D'UN PROCHE DEPENDANT OU HANDICAPE DE L'ASSURE AIDANT

FILASSISTANCE informe et oriente l'Assuré aidant ou

son proche dépendant/handicapé dans sa démarche de maintien dans l'emploi dans les domaines suivants :

- demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle du dossier MDPH, renseignements sur les accords de branche ou d'entreprise (mission handicap, ...) ;
- conseils et orientation vers les structures de maintien dans l'emploi notamment le SAMETH, l'AGE-FIPH,... pour une étude ergonomique ou autre du poste de travail, de l'aménagement extérieur, intérieur, ... ;
- informations sur les rôles de la médecine du travail, du médecin conseil, des services sociaux, sur les processus de retour à l'emploi, les aides possibles aussi bien en termes d'aménagement de poste de travail que de temps partiel ou d'allocation financière.

23 - AMENAGEMENT DU DOMICILE OU DU VEHICULE DU PROCHE DEPENDANT OU HANDICAPE DE L'ASSURE AIDANT

FILASSISTANCE organise l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) qui prépare l'adaptation du logement du proche dépendant ou handicapé de l'Assuré aidant.

Il est à la disposition du proche dépendant ou handicapé de l'Assuré aidant dans les domaines suivants :

- conseils sur l'adaptation du logement,
- aide et conseil sur l'interprétation du devis des prestataires et des types de travaux proposés,
- renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateur sur véhicules, associations.

Les frais liés à l'intervention du spécialiste sont à la charge de l'Assuré aidant ou de son proche dépendant/handicapé.

24 - INFORMATIONS, DEMARCHES ET AIDE A LA CONSTITUTION DE DOSSIER

FILASSISTANCE réalise, à la demande de l'Assuré aidant, un entretien téléphonique au sujet du proche dépendant ou handicapé dont il s'occupe avec pour objectif de le conseiller sur les mesures à prendre pour aider son proche dépendant ou handicapé.

FILASSISTANCE communique les informations dont l'Assuré aidant pourrait avoir besoin notamment sur les droits et démarches à effectuer.

FILASSISTANCE aide également l'Assuré aidant à constituer le dossier de prise en charge lié à la dépendance ou au handicap de l'un de ses proches, en lui indiquant les pièces justificatives et les bilans à transmettre pour obtenir une prise en charge publique ou privée.

FILASSISTANCE peut, si l'Assuré aidant le souhaite, le mettre en relation avec les organismes concernés.

Les frais engagés auprès de ces organismes sont à la charge de l'Assuré aidant.

25 - BILAN PREVENTION AUTONOMIE

A la demande de l'Assuré aidant, l'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés..., réalise un « bilan prévention autonomie ».

Le bilan prévention autonomie de FILASSISTANCE aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (notamment l'isolement social, l'entretien du domicile, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habillement) et permet à l'Assuré aidant de favoriser le maintien à domicile du proche dépendant ou handicapé et de préserver sa qualité de vie.

L'équipe de FILASSISTANCE délivre des conseils et des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pour accompagner l'Assuré aidant ou son proche dépendant/handicapé dans les démarches de maintien à domicile.

En fonction des besoins recensés par l'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE, un spécialiste (ergothérapeute ou autre) pourra réaliser un diagnostic plus complet par téléphone sur l'aménagement de son habitat et de son environnement et proposer ainsi des solutions de prévention (pour éviter les hospitalisations ou les rechutes, rééducation, réadaptation afin d'améliorer l'indépendance, proposition d'aide spécifique au handicap, etc.) en synergie avec différents intervenants locaux tels que des spécialistes dans l'aménagement du domicile, des fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateurs de véhicules, etc..

Les éventuels frais engagés sont à la charge de l'Assuré aidant ou à celle de son proche dépendant ou handicapé.

Le recours au médecin traitant sera systématiquement conseillé pour aborder l'approche médicale. De plus, lors de ces entretiens téléphoniques, l'équipe de FILASSISTANCE aide l'Assuré aidant ainsi que son proche dépendant/handicapé à constituer un dossier perte d'autonomie/dépendance/handicap, à établir un état des dépenses et des revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa nouvelle situation financière.

Selon la situation de l'Assuré aidant, l'équipe de FILASSISTANCE le conseille ainsi que son proche dépendant/handicapé sur les financements possibles (organismes publics, mutuelles, etc.), l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant le met en relation avec les services sociaux locaux.

Les informations transmises par l'équipe de FILASSISTANCE sont communiquées dans le respect de la déontologie médicale et des professionnels de santé traitants qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostique ou thérapeutique personnalisées.

FILASSISTANCE décline toute responsabilité dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignement(s) communiqué(s).

26 - BILAN DE SITUATION

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'une infirmière au domicile du proche dépendant/handicapé pouvant délivrer des conseils à l'Assuré aidant en fonction de la pathologie/état de santé du proche dépendant/handicapé ainsi que la formation de l'Assuré aidant aux gestes à effectuer au quotidien (des bonnes pratiques en matière de prévention, les aspects psychologiques etc.).

27 - AIDE A LA RECHERCHE D'ETABLISSEMENTS TEMPORAIRES OU PERMANENTS POUR LES PROCHES DEPENDANTS OU HANDICAPES DE L'ASSURÉ AIDANT

FILASSISTANCE recherche et indique à l'Assuré aidant les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir de façon temporaire ou permanente son proche dépendant/handicapé, **sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.**

Si l'Assuré aidant le souhaite, FILASSISTANCE réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places. Le coût du lit reste à la charge de l'Assuré aidant.**

28 - CONSEIL EN RESSOURCES SOCIALES

L'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE aide l'Assuré aidant ou son proche dépendant/handicapé à établir un état des dépenses et des revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa situation financière et sociale.

Selon la situation du proche dépendant/handicapé, FILASSISTANCE conseille sur les financements possibles et l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant, le met en relation avec les services sociaux locaux.

Cet accompagnement personnalisé se termine par un appel de clôture avec l'Assuré aidant ou avec son

proche dépendant/handicapé afin de faire le bilan sur sa situation et sur les aides financières et prestations sociales perçues.

29 - TRANSPORT POUR UN EXAMEN OU UN RENDEZ-VOUS MEDICAL

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport non médicalisé du Bénéficiaire au lieu du rendez-vous situé **dans un rayon de 50 km autour du domicile.**

30 - TRANSFERT OU GARDE D'UN CHIEN GUIDE/ D'ASSISTANCE

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transfert et la garde du chien guide d'aveugle ou du chien d'assistance de l'Adhèrent handicapé visuel ou moteur.

31 - AIDE A LA MATERNITE OU PATERNITE

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un intervenant qualifié au domicile de l'Adhèrent afin de l'accompagner dans l'apprentissage des premiers gestes liés à la maternité ou paternité.

32 - AIDE AUX DEMARCHES ADMINISTRATIVES

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un intervenant qualifié au domicile de l'Adhèrent pour l'aider dans ses démarches administratives.

33 - INSTRUCTEUR OU PROFESSEUR DE LOCOMOTION

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un instructeur ou d'un professeur de locomotion afin d'aider l'Adhèrent ou son Conjoint à prendre de nouveaux repères en l'accompagnant lors de ses trajets.

Un préavis de 15 jours est requis pour la mise en place de cette prestation.

34 - AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'une auxiliaire de vie sociale au domicile de l'Adhèrent ou au lieu de son hospitalisation. L'auxiliaire de vie tiendra compagnie (discussion, lecture, jeu de société) à **l'exclusion des soins et de toute autre prestation.**

35 - RAPATRIEMENT AU DOMICILE D'UN ADHERENT OU DE L'ENFANT HANDICAPE MENTAL OU PSYCHIQUE

A la demande de la famille, des proches ou du représentant légal de l'Adhèrent ou de l'enfant handicapé

mental ou psychique, FILASSISTANCE organise et prend en charge le rapatriement au domicile ou dans un établissement spécialisé proche du domicile, par le moyen le plus adapté, ainsi que les frais de transport d'un accompagnateur agréé ou désigné par la famille, par les proches ou par le représentant légal.

36 - RAPATRIEMENT AU DOMICILE D'UN ADHERENT HANDICAPE VISUEL

FILASSISTANCE organise et prend en charge le rapatriement de l'Adhérent à son domicile, par le moyen le plus adapté, ou met à disposition de l'Adhérent un accompagnateur.

37 - RAPATRIEMENT AU DOMICILE D'UN ADHERENT HANDICAPE MOTEUR

FILASSISTANCE organise et prend en charge le rapatriement de l'Adhérent à son domicile, par le moyen le plus adapté, ou met à disposition de l'Adhérent un accompagnateur.

Si la défaillance du fauteuil roulant intervient sur le lieu de séjour de l'Adhérent, FILASSISTANCE peut l'aider dans la recherche de solutions de dépannage sur place (recherche de réparateurs spécialisés, organisation et acheminement des pièces de remplacement, etc.).

38 - ACCOMPAGNATEUR D'UN ENFANT HANDICAPE A L'ECOLE

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport de l'enfant à l'école par le moyen le plus adapté ou met à sa disposition un conducteur en mesure de conduire un véhicule adapté si la famille dispose d'un tel véhicule pour les enfants handicapés moteur.

39 - PRISE DE RENDEZ-VOUS AVEC UN MEDECIN TRAITANT OU AVEC UNE AUXILIAIRE MEDICALE

A la demande de l'Adhérent sourd ou malentendant, FILASSISTANCE prend un rendez-vous auprès du médecin traitant ou d'une auxiliaire médicale à la place de l'Adhérent ou de son Conjoint.

L'Adhérent ou son Conjoint peut solliciter FILASSISTANCE par fax, SMS ou mail en lui communiquant les coordonnées du médecin traitant ou de l'auxiliaire médicale ainsi que la date souhaitée pour le rendez-vous.

40 - INTERPRETE EN LANGUE DES SIGNES FRANCAISE

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'un interprète en langue des signes française pour aider l'Adhérent dans sa compréhension médicale avec les professionnels de santé.

D - Synoptique des prestations d'assistance santé garanties

PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHESION DE L'ADHERENT	
Assistance informations	Du lundi au vendredi de 9h à 18h (hors jours fériés)
Transmission de messages urgents	7j/7 et 24H/24
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT A DOMICILE D'UN BENEFICIAIRE	
Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical	Mise en relation
Acheminement en milieu hospitalier	Organisation sans prise en charge
Acheminement des médicaments	Prise en charge des frais de livraison
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION OU SUITE A UN SEJOUR EN MAISON DE CONVALESCENCE OU EN CENTRE DE REEDUCATION	
Frais de location de téléviseur	30 jours maximum
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE DE PLUS DE 2 JOURS OU D'UNE IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Présence d'un proche au chevet	1 titre de transport 2 nuits (petits déjeuners compris) à hauteur de 100 € TTC maximum
Aide à domicile	12 heures maximum réparties sur les 10 jours consécutifs ouverts suivant l'hospitalisation imprévue ou le début de l'immobilisation OU 20 heures réparties sur 10 jours si : <ul style="list-style-type: none"> - l'hospitalisation imprévue ou l'immobilisation est supérieure à 15 jours OU - si des enfants âgés de moins de 8 ans au domicile OU - si enfant/Conjoint dépendant ou handicapé à domicile
Garde et transfert des animaux de compagnie	30 jours maximum et retour au domicile dans un rayon maximum de 25 km A/R
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE DE PLUS DE 5 JOURS OU D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Aide à domicile	12 heures maximum réparties sur les 10 jours consécutifs ouverts suivant l'hospitalisation imprévue ou le début de l'immobilisation OU 20 heures réparties sur 10 jours si : <ul style="list-style-type: none"> - l'hospitalisation imprévue ou l'immobilisation est supérieure à 15 jours OU - si des enfants âgés de moins de 8 ans au domicile OU - si enfant/Conjoint dépendant ou handicapé à domicile
Garde et transfert des animaux de compagnie	30 jours maximum et retour au domicile dans un rayon maximum de 25 km A/R
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans <ul style="list-style-type: none"> • Garde au domicile • <u>Ou</u> Accompagnement des enfants à l'école¹ • <u>Ou</u> Transfert des enfants chez un proche • <u>Ou</u> Venue d'un proche jusqu'au domicile 	30 heures maximum réparties sur 30 jours consécutifs 2 A/R par jour dans la limite de 5 journées sur 30 jours maximum 1 titre de transport A/R 1 titre de transport A/R
Garde ou transfert des ascendants <ul style="list-style-type: none"> • Garde au domicile 	30 heures maximum réparties sur 30 jours consécutifs

EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 10 JOURS D'UN ADHERENT AGE DE PLUS DE 70 ANS OU D'UN SEJOUR HOSPITALIER D'UN ADHERENT 75 ANS ET PLUS	
Téléassistance	Prise en charge des frais de mise en service + 3 mois de service gratuit (Prévifil)
Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de téléassistance	Entretiens téléphoniques
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE SEJOUR DE PLUS DE 8 JOURS A LA MATERNITE	
Aide à domicile	20 heures maximum réparties sur les 10 jours consécutifs ouvrés suivant le retour au domicile
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans	30 heures maximum réparties sur 30 jours consécutifs
<ul style="list-style-type: none"> • Garde au domicile • Ou Accompagnement des enfants à l'école¹ • Ou Transfert des enfants chez un proche • Ou Venue d'un proche jusqu'au domicile 	2 A/R par jour dans la limite de 5 journées sur 30 jours maximum 1 titre de transport 1 titre de transport
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE TRAITEMENT DE RADIOTHERAPIE OU CHIMIOOTHERAPIE DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT	
Aide à domicile	20 heures sur la durée de traitement
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans	30 heures maximum réparties sur 30 jours consécutifs
<ul style="list-style-type: none"> • Garde au domicile • Ou Accompagnement des enfants à l'école¹ • Ou Transfert des enfants chez un proche • Ou Venue d'un proche jusqu'au domicile 	2 A/R par jour dans la limite de 5 journées sur 30 jours maximum 1 titre de transport 1 titre de transport
Garde ou transfert des ascendants	30 heures maximum réparties sur 30 jours consécutifs
<ul style="list-style-type: none"> • Garde au domicile • Ou Transfert des ascendants chez un proche • Ou Venue d'un proche jusqu'au domicile 	1 titre de transport 1 titre de transport
PRESTATIONS ACCESSIBLES AUX LES ENFANTS MALADES OU ACCIDENTES	
<i>En cas d'immobilisation de plus de 2 jours</i>	
Garde de l'enfant	30 heures maximum réparties sur 30 jours consécutifs
<ul style="list-style-type: none"> • Garde au domicile • Ou Venue d'un proche jusqu'au domicile 	1 titre de transport
Ecole à domicile	3 heures maximum par jour
<i>En cas d'hospitalisation d'un enfant âgé de moins de 16 ans</i>	
Présence d'un proche au chevet si l'enfant est hospitalisé à plus de 50 km de son domicile	1 titre de transport 7 nuits (petits déjeuners compris) à hauteur de 50 € / nuit 350 € TTC maximum
Garde des autres enfants âgés de moins de 16 ans	10 heures maximum réparties sur 2 jours consécutifs
<ul style="list-style-type: none"> • Garde au domicile • Ou Accompagnement des enfants à l'école¹ • Ou Transfert des enfants chez un proche • Ou Venue d'un proche jusqu'au domicile 	2 A/R par jour dans la limite de 2 journées 1 titre de transport 1 titre de transport
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL DE LA SALARIEE CHARGEE DE LA GARDE DES ENFANTS	
Garde des enfants âgés de moins de 16 ans	30 heures maximum réparties sur 3 jours consécutifs
<ul style="list-style-type: none"> • Garde au domicile • Ou Transfert des enfants chez un proche • Ou Venue d'un proche jusqu'au domicile 	1 titre de transport 1 titre de transport

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE

Aide à domicile	20 heures maximum réparties sur 10 jours
Garde et transfert des animaux de compagnie	30 jours maximum et retour au domicile dans un rayon maximum de 25 km A/R
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans <ul style="list-style-type: none"> • Garde au domicile • <u>Ou</u> Accompagnement des enfants à l'école¹ • <u>Ou</u> Transfert des enfants chez un proche • <u>Ou</u> Venue d'un proche jusqu'au domicile 	30 heures maximum réparties sur 30 jours consécutifs 2 A/R par jour dans la limite de 5 journées sur 30 jours maximum 1 titre de transport 1 titre de transport
Garde ou transfert des ascendants <ul style="list-style-type: none"> • Garde au domicile • <u>Ou</u> Transfert des ascendants chez un proche • <u>Ou</u> Venue d'un proche jusqu'au domicile 	30 heures maximum réparties sur 30 jours consécutifs 1 titre de transport 1 titre de transport
Avance des frais d'inhumation	3000 € maximum

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES OU D'ATTEINTE CORPORELLE DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Accompagnement médico-social	Entretien téléphonique
Accompagnement psychologique	Ecoute psychologique par téléphone / 3 consultations maximum (par téléphone ou face à face) ou remboursement des frais de consultation dans la limite de 60 € TTC

AIDE AUX AIDANTS

Renseignements sur la dépendance	Entretiens téléphoniques / mise en relation
Accompagnement psychologique	Ecoute psychologique par téléphone / 3 consultations maximum (par téléphone ou face à face) ou remboursement des frais de consultation dans la limite de 60 € TTC
Soutien d'un proche dépendant	Entretien téléphonique / Mise en relation
Aidant de remplacement <ul style="list-style-type: none"> • Auxiliaire de vie ou d'une aide à domicile • <u>Ou</u> Transfert du proche chez la personne désignée par l'Assuré aidant 	30 heures maximum réparties sur 3 jours 1 titre de transport
Services d'assistance «à la carte »	Mise en relation
Maintien dans l'emploi d'un proche dépendant ou handicapé de l'Assuré aidant	Entretien téléphonique
Aménagement du domicile ou du véhicule du proche dépendant ou handicapé de l'Assuré aidant	Organisation sans prise en charge
Informations, démarches et aide à la constitution de dossier	Entretien téléphonique
Bilan prévention autonomie	Entretien téléphonique
Bilan de situation	3 heures par Assuré aidant
Aide à la recherche d'établissements temporaires ou permanents pour les proches dépendants ou handicapés de l'Assuré aidant	Entretien téléphonique
Conseil en ressources sociales	Entretien téléphonique

Transport pour un examen ou un rendez-vous médical de l'Adhèrent handicapé ou du proche dépendant ou handicapé	2 fois par an
PRESTATIONS ACCESSIBLES AUX PERSONNES HANDICAPEES	
<i>En cas d'hospitalisation d'un Adhèrent handicapé visuel ou moteur disposant d'un chien guide d'aveugle ou d'assistance</i>	
Transfert ou garde d'un chien guide/d'assistance	30 heures maximum sur 30 jours
<i>En cas d'hospitalisation de l'Adhèrent ou de son Conjoint handicapé visuel, auditif, mental, psychique, moteur dans le cadre d'un accouchement</i>	
Aide à la maternité ou paternité	8 heures maximum réparties sur les 30 jours suivant la naissance
<i>En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation de plus de 2 jours de la personne habituellement en charge des démarches administratives de l'Adhèrent handicapé visuel</i>	
Aide aux démarches administratives	8 heures maximum réparties sur 30 jours
<i>En cas de déménagement ou de changement d'emploi de l'Adhèrent ou de son Conjoint handicapé visuel Ou en cas d'indisponibilité du chien guide de l'Adhèrent handicapé visuel ou celui de son Conjoint pour une durée de 30 jours minimum</i>	
Instructeur ou professeur de locomotion	8 heures maximum réparties sur 30 jours
<i>Suite à une crise entraînant une perte d'autonomie temporaire et une immobilisation de plus de 3 jours de l'Adhèrent handicapé mental ou psychique</i>	
Auxiliaire de vie sociale	8 heures maximum réparties sur les 30 jours
<i>En cas de fugue d'un Adhèrent ou d'un enfant handicapé mental ou psychique</i>	
Rapatriement au domicile de l'Adhèrent ou de l'enfant handicapé mental ou psychique	Frais de rapatriement Frais de transport d'un accompagnateur
<i>En cas de bris, perte, panne de la canne blanche ou accident du chien guide ou d'assistance</i>	
Rapatriement au domicile d'un Adhèrent handicapé visuel	Frais de rapatriement ou mise à disposition de l'Adhèrent d'un accompagnateur Frais de transport d'un accompagnateur
<i>En cas de trouble du comportement de l'Adhèrent ou de l'enfant handicapé mental ou psychique sur son lieu de vacances</i>	
Rapatriement au domicile d'un Adhèrent ou de l'enfant handicapé mental ou psychique	Frais de rapatriement Frais de transport d'un accompagnateur
<i>En cas de défaillance du fauteuil roulant de l'Adhèrent handicapé moteur</i>	
Rapatriement au domicile d'un Adhèrent ou de l'enfant handicapé mental ou psychique	Frais de rapatriement Frais de transport d'un accompagnateur
<i>En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation de plus de 2 de l'accompagnateur habituel de l'enfant handicapé et si absence de relais familial</i>	
Accompagnateur d'un enfant handicapé à l'école	5 A/R maximum <u>OU</u> Mise à disposition d'un conducteur en mesure de conduire un véhicule adapté si la famille dispose d'un tel véhicule pour les enfants handicapés moteur
<i>En cas d'hospitalisation imprévue d'un Adhèrent ou de l'enfant handicapé</i>	
Auxiliaire de vie sociale	8 heures maximum réparties sur les 30 jours
<i>Si l'Adhèrent en fauteuil roulant ne peut pas se rendre au lieu de l'examen médical et si l'Adhèrent doit être déplacé, soulevé, manipulé lors de l'examen et lorsqu'aucun proche ne peut l'accompagner</i>	
Transport pour un examen ou un rendez-vous médical de l'Adhèrent	Transport A/R

	Mise à disposition d'un accompagnateur pendant 4 heures maximum / 2 fois par an
Prestation accessible à l'Adhérent sourd ou malentendant	
Prise de rendez-vous avec un médecin traitant ou avec une auxiliaire médical	Organisation sans prise en charge
<i>En cas d'hospitalisation suite à une maladie soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique), à un accouchement, ou lors de consultations ou échographies liées à une grossesse d'un Adhérent ou de son Conjoint sourd ou malentendant</i>	
Interprète en langue des signes française	8 heures maximum

⁴ Pour les enfants handicapés la conduite au centre spécialisé est réalisée dans les mêmes conditions.

E - Généralités des prestations de protection juridique

Cette garantie, conforme à la loi n° 89-1014 du 31 décembre 1989, au décret n° 90-697 du 1er août 1990 et à la loi n° 2007-210 du 19 février 2007 est régie par le Code des assurances.

La gestion des prestations de protection juridique, telles que définies ci-après, est confiée au GIE CIVIS, 90 avenue de Flandre, 75019 Paris, immatriculé au RCS de PARIS, sous le n° 323 267 740.

1 - DEFINITIONS

Acte médical : Consultation, traitement, intervention chirurgicale, soin y compris prestation de nature hôtelière, délivrance de prescription ou vente de médicaments, dispensé(e) ou effectué(e) :

- par un professionnel de santé libéral ou salarié, dont le diplôme est régulièrement enregistré auprès de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, ou exerçant son activité dans le cadre du service de santé des armées françaises : médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier, infirmier de secteur psychiatrique, masseur-kinésithérapeute, orthoptiste, orthophoniste, audio-prothésiste, pédicure-podologue, opticien-lunetier, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, psychomotricien,
- par un établissement de santé (hôpital, clinique, centre de rééducation fonctionnelle, centre de cure, maison de retraite médicalisée, ...),
- et analyse médicale effectuée par un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Adhérent : La personne physique adhérant au contrat complémentaire santé de la Mutuelle Intégrance.

Bénéficiaire(s) : L'adhérent ou ses ayants droit (conjoint, concubin ou personne liée à l'Adhérent par un Pacte Civil de Solidarité, ainsi que leurs enfants et ascendants fiscalement à charge, vivant sous le même toit), assurés par la Mutuelle Intégrance et ayant leur résidence principale en France.

Conflit d'intérêts : Lorsque nous devons simultanément défendre vos intérêts et ceux du (des) tiers.

Déchéance : Perte du droit à la garantie.

Dépens : Frais de justice entraînés par le procès, ne comprenant pas les honoraires d'avocat.

Frais irrépétibles : Sommes exposées par une Partie dans une instance judiciaire, non comprises dans les

dépens et compensées par une indemnité au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile ou de l'article 475-1 du Code de Procédure Pénale ou de l'article L 761-1 du Code de justice administrative.

France : France métropolitaine y compris la Corse.

Produit de santé : Produit utilisé dans le cadre de l'activité de diagnostic, de prévention ou de soins (exemples : médicaments, prothèses, produits sanguins,...).

Seuil d'intervention : Enjeu financier du litige en principal en dessous duquel nous n'intervenons pas et dont le montant est fixé à **200 €**.

Tiers : Personne physique ou morale non assurée par le présent contrat et qui est opposée au Bénéficiaire. FILASSISTANCE, CIVIS et la Mutuelle Intégrance n'ont pas la qualité de tiers.

2 - EXCLUSIONS

Hormis pour l'information juridique téléphonique, **SONT EXCLUS DE LA GARANTIE** :

- les litiges découlant d'une faute intentionnelle de la part d'un Bénéficiaire. Dans le cas où le caractère intentionnel ne serait établi qu'en cours ou après l'intervention de FILASSISTANCE, le remboursement des frais engagés ne pourra être effectué ;
- les litiges fondés sur le non-paiement de sommes dues par le Bénéficiaire, dont le montant ou l'exigibilité n'est pas sérieusement contestable et toute intervention consécutive à son état d'insolvabilité ;
- les actions ou réclamations dirigées contre le Bénéficiaire en raison de dommages mettant en jeu sa responsabilité civile lorsqu'elle est garantie par un contrat d'assurance ou lorsqu'elle aurait dû l'être en exécution d'une obligation légale d'assurance ;
- les litiges à l'égard de la Mutuelle Intégrance, ses organismes assureurs adhérents et institutions de retraite complémentaires ;
- les litiges nés en dehors de la période couverte par le présent Contrat ;
- les litiges dont le fait générateur était connu du Bénéficiaire à la date d'adhésion et qui présentait à cette même date une forte probabilité de survenance ;
- les amendes et sommes de toute nature que le Bénéficiaire serait condamné à payer à un tiers ;
- les frais irrépétibles et dépens de l{(des) adversaire(s) qui sont mis à la charge du Bénéficiaire par décision administrative ou judiciaire ou dans le cadre d'une transaction (ou tout accord amiable équivalent) ;
- les honoraires de résultat.

F - Détail des prestations de protection juridique

1 - DOMAINE D'INTERVENTION

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire les moyens juridiques et financiers qui lui sont nécessaires pour le renseigner, l'assister et le défendre, afin de faire valoir ses droits et les faire exécuter, en cas de litiges énumérés ci-après, se rapportant ou découlant de sa situation, garantie au titre de son contrat d'assurance santé.

FILASSISTANCE intervient quand un litige survient dans les domaines suivants :

- litige se rapportant à ou découlant d'un acte médical et/ou d'un produit de santé, et opposant le Bénéficiaire à un professionnel de santé, à un établissement de santé, un laboratoire d'analyses de biologie médicale, ou à une entreprise de transport sanitaire agréée, à un producteur, exploitant ou distributeur de produits de santé ou à la Sécurité Sociale ;
- si le Bénéficiaire est victime d'une agression ou d'une atteinte accidentelle à son intégrité physique et/ou morale et qu'il souhaite être assisté et faire valoir ses droits à l'encontre de l'auteur responsable du préjudice subi par le Bénéficiaire.

2 - SERVICE D'INFORMATION JURIDIQUE

En complément de la garantie de Protection juridique, FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire son service d'information juridique.

Ses juristes répondent par téléphone aux questions d'ordre juridique à caractère documentaire que le Bénéficiaire se pose **du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00 par téléphone et par Internet 24h/24 sur le site www.civis.fr** sur lequel le Bénéficiaire peut dialoguer en « tchat ».

3 - SERVICE DE PROTECTION JURIDIQUE

a) Déclaration de dossier

Le Bénéficiaire doit adresser sa déclaration par écrit au **GIE CIVIS, SERVICE DÉCLARATION DE LITIGE, 90 avenue de Flandre, 75019 Paris**, agissant pour le compte de FILASSISTANCE, dès qu'il a connaissance du litige ou du refus opposé à une réclamation dont il est l'auteur ou le destinataire, conformément à l'article L 113-2 du Code des assurances, en communiquant immédiatement et ultérieurement, à la demande du GIE CIVIS, toutes pièces, informations, justificatifs ou éléments de preuve nécessaires à la vérification des garanties, à la localisation du tiers, à

l'instruction du dossier et à la recherche de sa solution.

Cette déclaration devra parvenir à FILASSISTANCE avant tout engagement d'action judiciaire et avant toute saisine d'un mandataire (avocat, huissier, expert, ...), **sauf mesures conservatoires urgentes et appropriées. Dans le cas contraire, FILASSISTANCE serait fondée à ne pas prendre en charge les frais et honoraires engagés sans accord préalable.**

En cas de déclaration inexacte et de mauvaise foi sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine du litige ou plus généralement sur tout élément pouvant servir à sa solution, le Bénéficiaire encourt une déchéance de garantie.

b) Gestion amiable du dossier

Après son instruction, FILASSISTANCE renseignera le Bénéficiaire sur ses droits et mettra en œuvre, avec son accord, toutes interventions ou démarches tendant à permettre une issue amiable.

Concernant spécifiquement les litiges relatifs à la santé du Bénéficiaire, il sera également en relation avec le médecin conseil, dont la démarche sera d'optimiser le règlement amiable de ce type de litige, en relation avec le professionnel de santé concerné.

Si le Bénéficiaire est informé que le tiers est assisté d'un avocat ou si FILASSISTANCE en est lui-même informé, le Bénéficiaire devra également être assisté par un avocat. Si FILASSISTANCE ne parvient pas à une issue amiable, FILASSISTANCE guidera le Bénéficiaire vers la procédure judiciaire qui pourra être engagée.

c) Accompagnement en cas de procédure

Si le litige entre en phase judiciaire, ou en cas de conflit d'intérêts, conformément à l'article L.127-3 du Code des Assurances, FILASSISTANCE s'engage à respecter le principe du libre choix de l'avocat auquel le Bénéficiaire souhaite confier la défense de ses intérêts.

Le Bénéficiaire pourra demander à FILASSISTANCE, par écrit, de lui communiquer les coordonnées d'un avocat.

Le Bénéficiaire aura la direction du procès, c'est à dire la maîtrise des directives ou des mesures pouvant s'avérer nécessaires durant la procédure, avec l'assistance de FILASSISTANCE s'il le souhaite.

d) Indemnisation et subrogation

FILASSISTANCE réglera directement les honoraires et frais des mandataires, **à concurrence des montants indiqués dans le tableau ci-après** concernant l'avocat intervenant pour le compte du Bénéficiaire, et tout autre frais nécessaire à la solution du litige, prévus ci-après.

Il appartiendra au Bénéficiaire de son côté de verser toutes sommes, provisions ou cautions qui seraient éventuellement requises pour faire face à des charges non garanties.

S'il est nécessaire de faire appel à un médecin expert, afin de compléter le dossier du Bénéficiaire ou de l'assister dans le cadre d'une expertise (amiable ou judiciaire), la prise en charge au titre de ces honoraires et frais de cabinet interviendra **dans la limite de 800 € TTC par intervention**.

L'ensemble de ces règlements ne pourra excéder un montant de 15 000 € T.T.C. par événement.

S'agissant des sommes allouées au titre des frais et dépens ainsi que des frais irrépétibles, elles seront affectées prioritairement aux frais que le Bénéficiaire aurait personnellement exposés. Au-delà de ces propres frais, FILASSISTANCE sera subrogé dans les droits du Bénéficiaire et actions pour la récupération de ces sommes à concurrence des sommes réglées par les soins de FILASSISTANCE, conformément à l'article L127-8 du Code des assurances.

Les frais de consultation ou d'acte de procédure que le Bénéficiaire aura engagés sans accord préalable de FILASSISTANCE ne seront pas pris en charge, sauf si le Bénéficiaire peut justifier d'une urgence à les avoir demandés.

Dans tous les cas, il sera nécessaire d'obtenir l'accord préalable de FILASSISTANCE sur la prise en charge des frais et honoraires liés aux actions ou voies de recours que le Bénéficiaire entendra exercer afin de lui permettre, au travers de la communication de toutes pièces utiles, d'en examiner le bien-fondé et l'opportunité. Il en sera de même pour l'acceptation d'une transaction.

À défaut d'un tel accord préalable, FILASSISTANCE ne prendra pas en charge ces frais et honoraires.

Ce que FILASSISTANCE INTERNATIONAL règle à l'avocat intervenant pour le compte du Bénéficiaire		Ce que FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne règle pas
Assistance au stade amiable (en cas d'assistance du tiers par un avocat)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les amendes et les sommes de toute nature que le Bénéficiaire serait dans l'obligation de régler ou rembourser au(x) tiers. ▪ Les frais et dépens engagés par le(s) tiers et mis à la charge du Bénéficiaire. ▪ Les honoraires de résultat. ▪ Les frais et interventions rendus nécessaires ou aggravés du seul fait du Bénéficiaire. ▪ Les enquêtes pour identifier ou retrouver le(s) tiers. ▪ Les frais engagés sans l'accord du GIE CIVIS.
Règlement amiable conclu	450 €	
Règlement amiable non obtenu	200 €	
Tribunaux d'Instance, de Grande Instance, Administratif, des Affaires de la Sécurité sociale et cours d'appel (au fond)	800 €	
Constitution de partie civile	380 €	
Liquidation des intérêts civils	460 €	
Assistance à expertise, mesure d'instruction	245 €	
Référé	380 €	
Toutes autres juridictions, procédures ou commissions	380 €	
Transactions amiables au stade judiciaire	Plafond prévu pour la juridiction concernée	
Cour d'Assises, Cour de Cassations, Conseil d'État	2 000 €	
<p>Ces montants incluent, outre les honoraires et la TVA, les frais, droits divers, débours ou émoluments (notamment de postulation devant le Tribunal de Grande Instance).</p> <p>Ils n'incluent pas les frais d'actes d'Huissier de justice.</p> <p>Ces montants sont applicables par ordonnance, jugement ou arrêt ainsi qu'en cas de pluralité d'avocats, c'est-à-dire lorsqu'un avocat succède, à la demande du Bénéficiaire, à un autre avocat pour la défense de ses intérêts, ou s'il fait le choix de plusieurs avocats.</p>		

e) Examen des réclamations relatives à la protection juridique

En cas de réclamation portant sur la mise en œuvre de la garantie « PROTECTION JURIDIQUE » ou sur la qualité du service, le Bénéficiaire pourra s'adresser au Service Qualité qui veillera à lui répondre dans les meilleurs délais :

GIE CIVIS - SERVICE QUALITÉ
90 Avenue de Flandre
75019 PARIS

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le Bénéficiaire peut adresser un courrier ou un courriel précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante : FILASSISTANCE - Service Qualité, 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD ou à qualite@filassistance.fr.

Ce courrier pourra également être formulé sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

Une réponse sera alors formulée dans un délai de sept (7) jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, FILASSISTANCE enverra un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de sept (7) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation.

Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, le Bénéficiaire pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse ci-dessous :

Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Le Bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans les deux (2) mois à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

f) Arbitrage en cas de désaccord

En cas de désaccord entre FILASSISTANCE et le Bénéficiaire au sujet des mesures à prendre pour régler le litige, deux options s'offrent au Bénéficiaire :

- soit, le Bénéficiaire désigne une tierce personne de son choix : nécessairement habilitée à donner des conseils juridiques, cette tierce personne aura pour mission de proposer les mesures à prendre pour régler le différend soumis à son appréciation. FILASSISTANCE s'engage à accepter la solution formulée par cette tierce personne pour régler le litige. Les frais exposés dans le cadre du recours à la tierce personne sont à la charge de FILASSISTANCE dans la limite de 800 € TTC.

- soit, le Bénéficiaire mène à ses frais les démarches et s'il obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par FILASSISTANCE ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, FILASSISTANCE l'indemnise des frais exposés, dans la limite du montant de la garantie.

Toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque le Bénéficiaire a mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

MODELE DE LETTRE DE RETRACTATION

(à envoyer dans le délai de 14 jours
à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion à l'adresse suivante :
Mutuelle Intégrance, 89 rue Damrémont - 75882 Paris cedex 18,
en indiquant vos nom, prénom et numéro de Sécurité sociale)

Madame, Monsieur,

Conformément à l'article L221-18 du Code de la mutualité, je vous confirme par la présente, renoncer à mon adhésion au contrat de complémentaire santé souscrit auprès de la Mutuelle Intégrance.

En conséquence, je vous remercie de bien vouloir me rembourser les cotisations déjà versées, et pour ma part, je m'engage à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le à

Signature



Article L221-18 II du Code de la mutualité :

Toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement à distance, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L121-18 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a.





Restons en contact



integrance.fr

Infos - Devis - Espace client



TELEPHONE 09 69 320 325

appel non surtaxé



Votre agence

Adhérer à la Mutuelle Intégrance c'est aussi agir en faveur du handicap



Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900. Siège social : 89, rue Damrémont - 75882 Paris cedex 18. Toutes marques déposées. Photos © S.Gauguin / Fotolia - CAHIND-01/2018 - 12/2017 - Concept. S.Mkg.



Agissez pour le recyclage des papiers avec Intégrance et Ecofolio.