CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT Vitamin③

VALANT NOTICE D'INFORMATION À CONSERVER PAR L'ASSURÉ

CG_Vitamin3_ME-AG_202311_4

CENTRE DE GESTION
Adresse de correspondance
Apivia Courtage - 108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 TOURS Cedex 2 - Tél. 02 47 70 40 70 - Fax : 02 47 70 40 75
E-mail : sante.contact@apivia-courtage.fr
SAS au capital de 20 000 000 €, dont le siège social est situé 108 rue Ronsard - 37100 TOURS
RCS n° 490 625 662 - ORIAS n° 09 051 617.

L'ORGANISME ASSUREUR
Apivia Macif Mutuelle, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501.
Siège social : 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS cedex 15. Tél. 05 46 45 04 04 - Fax 05 46 31 13 95 - www. apivia.fr

Le contrat groupe à adhésion facultative, est souscrit par l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA, association régie par la loi du 1er juillet 1901, déclarée à la Préfecture d'Indre-et-Loire sous le numéro W372004901 et publiée au Journal Officiel de la République Française, dont le siège social est à Tours (Indre-et-Loire), 108 rue Ronsard, auprès d'Apivia Macif Mutuelle, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française, inscrite sous le numéro SIREN 779 558 501, dont le siège social est situé 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS cedex 15, dénommée ci-après «l'ORGANISME ASSUREUR».

La distribution et la gestion ont été déléguées à Apivia Courtage, dénommée ci-après le « CENTRE DE GESTION », SAS au capital de 20 000 000 euros, dont le siège social est au 108 rue Ronsard 37100 Tours, enregistrée au RCS Tours sous le n° 490 625 662, société de courtage d'assurances, ayant garantie financière et assurance de responsabilité civile conforme aux articles L530-1 et L530-2 du Code des assurances, immatriculée à l'ORIAS sous le n° 09 051 617 : www.orias.fr.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA domiciliés en Métropole et dans les Antilles ou en Guyane, et aux professionnels indépendants et à leur conjoint collaborateur, adhérents à l'Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes (ANPPI).

Il est soumis au droit français et régi par le Code de la mutualité ou de la sécurité sociale, ou par des organismes d'assurance habilités relevant du Code des assurances, ainsi que par les statuts de l'ORGANISME ASSUREUR.

L'autorité chargée du contrôle de ces organismes à l'exception de l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA, est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS 92459- 75436 PARIS CEDEX 09.

Les cinq niveaux de la garantie de base du contrat Vitamin③ , respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code, et s'adapteront automatiquement à la réglementation en vigueur en matière de réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% santé »).

ARTICLE 1: OBJET DU CONTRAT

1.1. Le contrat Vitamin③ a pour objet, selon les présentes conditions générales, et en fonction du niveau et de l'option choisie, de compléter dans la limite maximum des frais réellement exposés les prestations versées à l'occasion d'une hospitalisation suite à maladie, accident ou maternité, par la Sécurité sociale dont relève l'assuré et/ou le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) du contrat. Il intervient en complément du régime de base.

1.2. Le contrat offre le choix entre 5 niveaux de garanties de base et 4 packs optionnels dont les garanties et prestations figurent sur le tableau de garanties annexé aux conditions générales du présent contrat.

La souscription des packs optionnels est conditionnée au niveau de garantie souscrit.

1.3. La validité des garanties et dispositions du contrat s'exercent, sauf dérogation expresse, sur tout le territoire national, départements d'outre-mer inclus. Les garanties sont étendues aux maladies et accidents survenus à l'étranger, dès lors que les frais qui en découlent donnent lieu aux remboursements par la Sécurité sociale dont dépend l'assuré.

1.4. Les garanties du contrat Vitamin③ entrent dans le champ d'application de la loi Madelin du 11/02/1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. En tant que :

- Professionnel indépendant (revenus relevant des BIC ou BNC) ;
- Conjoint collaborateur d'un professionnel indépendant ;
- Dirigeant non salarié relavant de l'article 62 du Code général des impôts,

l'adhérent peut déduire de ses bénéfices imposables les cotisations versées au titre de ce contrat, dans la limite des plafonds en vigueur.

Pour en bénéficier, l'adhérent doit adhérer à l'Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes (ANPPI), comme précisé sur le bulletin d'adhésion.

Cette déduction est possible tant que l'adhérent exerce sous ce statut, qu'il est à jour de ses cotisations aux régimes obligatoires et que dure son assurance.
L'ORGANISME ASSUREUR adresse à l'adhérent une attestation de cotisations à conserver à l'appui de sa comptabilité.

1.5. Sont adossées en inclusion sur le contrat, conformément à l'article L221-3 du Code de la mutualité:

• **Une garantie assistance** souscrite auprès d'IMA ASSURANCES, SA au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris, CS 40 000, 79033 NIORT CEDEX 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632 et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

• **Une garantie Protection Juridique « Recours Médical »** souscrite auprès de Matmut Protection Juridique, SA à directoire et conseil de surveillance au capital de 7 500 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège est situé 66 rue de Sotteville, 76 100 ROUEN, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Rouen sous le numéro 423 499 391 et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 place de Budapest - CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

Le détail des notices d'information valant conditions générales des garanties assistance et Protection Juridique « Recours Médical » est reporté en suivant des présentes.

1.6. Les montants de remboursement sont exprimés en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base de remboursement) ou sous la forme d'un forfait.

Ces forfaits et montants de remboursement sont valables par année d'assurance à compter de la date anniversaire du contrat et par assuré, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en euro.

ARTICLE 2: CONDITIONS ET MODALITÉS D'ADHÉSION

Pour souscrire le contrat, le membre participant doit :
- résider en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe, en Guyane, à Saint Martin ou à Saint Barthélemy.
- être affilié à un régime obligatoire français d'assurance maladie.

Les adhésions peuvent être souscrites sans limite d'âge.

L'adhésion s'effectue au moyen d'un bulletin d'adhésion sur lequel doivent figurer :
- l'état civil du souscripteur et de ses bénéficiaires ;
- son adresse ;
- son régime social ;
- le numéro d'organisme d'affiliation et le numéro de Sécurité sociale du souscripteur et de chacun des bénéficiaires désignés ;
- la date d'effet souhaitée ;
- la formule souscrite et les options éventuelles choisies ;
- la fréquence et le mode de paiement des cotisations.

La date valant date de souscription est celle portée à la signature de l'adhésion et ce, indépendamment de la date d'effet.

ARTICLE 3: BÉNÉFICIAIRES

Peuvent être désignés comme bénéficiaires des garanties :

- le membre participant ;

- son conjoint assuré social (ou la personne, assurée sociale, qui vit maritalement avec le membre participant ou qui est lié à lui par un pacte civil de solidarité) ;

- les personnes considérées par la Sécurité sociale comme étant à sa charge ;

- les enfants du membre participant ou de son conjoint jusqu'à leur 20 ans inclus ;

- les enfants du membre participant ou de son conjoint jusqu'à leur 25 ans inclus appartenant à l'une des catégories suivantes : étudiants, apprentis, à la recherche d'un premier emploi à condition d'être inscrits comme tels auprès de Pôle Emploi, ou en service civique.

Par dérogation, les enfants de plus de 20 ans et jusqu'à 25 ans inclus peuvent être enregistrés sur le bulletin d'adhésion des parents, en tenant compte de la cotisation liée à leur âge, mais ne rentrent pas dans la règle de la gratuité liée au 3ème enfant.

ARTICLE 4: GARANTIES - FORFAITS - PLAFONDS

Le tableau des garanties est annexé aux présentes conditions générales

4.1. Le contrat, aux termes de l'article 1 des présentes conditions générales, et selon leurs dispositions, assure, en complément du régime obligatoire, le remboursement des frais de santé sous forme de prestations variables et/ou forfaitaires dont les montants sont détaillés dans le tableau de garanties ci-dessous.

4.2. Ces forfaits sont valables par année d'assurance à compter de la date d'effet du contrat et par bénéficiaire, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

4.3. Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ayant débuté postérieurement à la date d'effet de l'adhésion et durant la période garantie.

4.4. Le total des remboursements de la Sécurité sociale et de l'ORGANISME ASSUREUR est toujours, et au maximum, strictement limité au montant des dépenses réellement engagées. Le cumul des prestations perçues par l'assuré ne peut dépasser le montant total des frais réellement exposés.

Tous les frais médicaux réalisés à l'étranger donnent lieu à un remboursement dès lors qu'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale française, et dans la limite de participation prévue au tableau de garanties « frais de soins et de séjour à l'étranger ».

4.5. Contenu, entrée en vigueur et durée des garanties :

4.5.1. En cas d'hospitalisation :

Le contrat intervient pour toute hospitalisation prise en charge par la Sécurité sociale. Le montant des remboursements varie selon que l'établissement hospitalier est conventionné ou non, et dans les termes exprimés par l'article GARANTIES – FORFAITS - PLAFONDS des conditions générales.

Honoraires des chirurgiens et anesthésistes et actes en secteur hospitalier :

Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une hospitalisation ou à une intervention chirurgicale dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Frais de séjour et hospitalisation :

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjour restant à la charge de l'assuré après un remboursement partiel de la Sécurité sociale. S'il s'agit d'un établissement non conventionné, les frais de séjour seront remboursés dans la limite d'un montant exprimé en pourcentage de la base de remboursement retenue par la Sécurité sociale.

Sont également pris en charge au titre de cette garantie les séjours et hospitalisations suivants, effectués au sein d'un établissement conventionné et pris en charge par la Sécurité sociale :

- les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec hospitalisation, les frais de maisons d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,

- les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants, et substances analogues,

- toute hospitalisation pour motif psychiatrique.

Forfait journalier hospitalier :

Cette garantie est mise en jeu lorsque l'assuré passe **au moins une nuit** dans l'établissement hospitalier.

Le forfait journalier hospitalier n'est pas garanti s'il est facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Forfait patient urgences :

Est pris en charge le forfait patient urgences facturé en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

Chambre particulière :

Dans le cadre d'une hospitalisation avec hébergement (nuitée), l'assuré bénéficie de la garantie chambre particulière, et dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties :

- **Dans le cadre de la garantie de base prévue pour les niveaux 2 à 5 : pour des séjours en médecine, chirurgie, maternité sans limite de durée, ainsi que pour des séjours en réadaptation fonctionnelle, rééducation, moyen séjour, cures, convalescence dans la limite de 60 jours par an,**
- **Dans le cadre du Pack Optionnel « hospitalisation et honoraires » : sont pris également en charge les séjours psychiatriques et assimilés dans la limite de 30 jours par an.**

Frais d'accompagnant :

En cas d'hospitalisation d'un des bénéficiaires inscrits au contrat, la garantie prévoit le versement d'un forfait exprimé par jour et par bénéficiaire prenant en charge le cas échéant les frais de repas et de lit de tout accompagnant, **dans la limite de 30 jours par an**.

Frais de transport :

Les frais de transport ne sont remboursés que s'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale et d'un remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Forfait « confort à l'hôpital » :

Les frais de confort à l'hôpital (Télévision, internet, téléphone, presse), sont pris en charge dans la limite de la dépense engagée lors de toute hospitalisation **d'au moins 1 nuit. Ce forfait ne se cumule pas avec le forfait «hospitalisation ambulatoire».** Prise en charge **jusqu'à 20 jours par séjour**, sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée.

Forfait « hospitalisation ambulatoire» :

Participation aux frais suivants en cas d'hospitalisation ambulatoire : chambre ambulatoire, repas, télévision, internet. Ce forfait ne se cumule pas avec « **le forfait confort à l'hôpital** ». Le remboursement est effectué sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée.

Frais de soins et de séjour à l'étranger :

Sont pris en charge vos frais médicaux chirurgicaux et/ou d'hospitalisation lors d'un séjour temporaire dans le monde entier dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale française, et dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

4.5.2. Optique :

Equipement optique (monture et verres) :

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie 100 % Santé (classe A), l'organisme assureur prend en **charge l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré à hauteur des prix limites de vente des équipements optiques, déduction faite de la part prise en charge par le régime obligatoire.**

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie de classe B dont les prix de vente sont libres, la prise en charge s'effectue dans les conditions définies au tableau de garanties et couvre systématiquement le ticket modérateur**.**

LIMITES DE GARANTIE EN OPTIQUE :

Le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est possible réglementairement et notamment pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. Dans ces cas, le nombre d'équipement est limité à 1 tous les ans.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période de seulement 6 mois mais uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Dans tous les cas, pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement (ou du dernier élément constituant l'équipement complet). Le forfait attribué pour la monture selon les décrets en vigueur ne pourra pas excéder 100 €.

Par exception, le forfait monture de 100 € correspond au remboursement de la mutuelle en incluant le remboursement de la Sécurité sociale.

Lentilles de correction et Intervention sur l'œil et implants oculaires

Les frais liés à l'achat des lentilles (remboursées ou non remboursées) ainsi que les frais liés à l'intervention sur l'œil et implants oculaires non remboursables par le régime obligatoire sont pris en charge dans la limite des montants et forfaits prévus au tableau de garanties.

Le forfait « intervention sur l'œil et implants oculaires » non remboursé est accordé **par année d'assurance et par œil**.

4.5.3. Dentaire :

Prothèses dentaires :

Lorsque l'acte prothétique entre dans la catégorie 100 % Santé, l'organisme assureur prend en charge **l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré, dans la limite des honoraires de facturation fixés règlementairement et déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.**

Pour les actes prothétiques à tarifs maîtrisés et les actes prothétiques à tarifs libres, **le remboursement de l'ensemble de ces prestations est soumis à leur prise en charge par le Régime obligatoire.**

Soins dentaires :

Les honoraires payés pour la consultation d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin stomatologiste ainsi que les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux sont remboursables dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties, à la condition qu'ils fassent l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité sociale.

Bonus fidélité dentaire :

Les remboursements des prothèses dentaires remboursables par la Sécurité sociale, sont majorés en complément du montant souscrit de 25% à compter de la date anniversaire du contrat, dès la 2e année, et en suivant de 25% à compter de l'échéance anniversaire du contrat dès la 3e année. Le bonus fidélité s'applique à chaque membre inscrit au contrat sur la garantie de base (exclusions des packs optionnels).

Frais dentaires non remboursés par le régime obligatoire :

- Dans le cadre de la garantie de base : ce forfait est destiné à couvrir les dépenses de :
  - Soins dentaires, prothèses dentaires et d'implants non remboursées par le Régime obligatoire.

Le montant est exprimé par acte et en nombre d'actes par an et par bénéficiaire**.**
Ce forfait ne couvre pas les soins/actes de parodontologie non remboursés par le Régime obligatoire.

- Dans le cadre du pack optionnel « optique-dentaire-audio » : ce forfait permet de couvrir les dépenses de parodontologie et d'orthodontie non remboursées par le régime obligatoire.

Le montant du forfait s'entend par acte et dans la limite de 3 actes pour les niveaux 2, 3, 4 et 5. Le nombre d'actes entre la garantie de base et le pack optionnel ne sont pas cumulables.

Ces forfaits sont pris en charge par année d'assurance et par bénéficiaire.

Plafond dentaire :

Ce plafond global annuel s'applique pour les garanties suivantes :

- Les prothèses dentaires (Hors Prothèses du 100 % santé) dont les inlay-core remboursées par le Régime obligatoire
- L'orthodontie remboursée par le Régime obligatoire
- Les frais dentaires non remboursés par le Régime obligatoire

Les niveaux 1 et 2 ne comportent pas de plafond dentaire. Les packs optionnels ne sont pas inclus dans le plafond.

Pour le niveau 3, le remboursement est limité à 750 euros la 1re année, 1200 euros la 2e année et 1500 euros la 3e année et les suivantes. Pour les niveaux 4 et 5, le remboursement est limité à 1000 euros la 1re année, 1200 euros la 2e année et 1500 euros la 3e année et les suivantes.

Les dépenses prises en charge par la mutuelle au titre du ticket modérateur sont prises en compte dans le calcul du plafond dentaire. Une fois le plafond atteint, le remboursement se limite à la prise en charge du ticket modérateur pour les actes faisant l'objet d'un remboursement par le Régime obligatoire. Le nombre d'années est calculé pour chaque bénéficiaire à partir de la date d'effet de sa garantie.

Ce plafond s'applique également en cas d'augmentation de votre niveau de garanties : le plafond global 2eannée du nouveau niveau de garanties s'applique durant les 12 mois qui suivent la prise d'effet de cette nouvelle garantie.

4.5.4. Aides auditives :

Les prothèses auditives ainsi que l'entretien, piles et accessoires pris en charge par la Sécurité sociale sont remboursées dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Conformément à la réglementation en vigueur, lorsque l'équipement entre dans la catégorie des aides auditives 100 % Santé (classe I), l'organisme assureur prend en charge l'intégralité de la dépense exposée par l'assuré à hauteur des prix limites de vente des aides auditives, déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.

Pour les aides auditives de classe II, la prise en charge sera conforme au tableau de garanties.

LIMITE DE GARANTIE DES AIDES AUDITIVES :

La prise en charge d'un équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement par oreille tous les 4 ans.
Le point de départ de cette période correspond à la date de l'équipement.

4.5.5. Soins courants :

Honoraires médicaux, consultations, visites :

Les garanties honoraires médicaux, consultations, visites pratiqués pour une consultation aux cabinets d'un médecin, spécialiste ou professeur ou pour une visite effectuée par ces derniers au domicile de l'assuré ou pour une consultation en milieu hospitalier donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Pour les autres consultations et visites réalisées hors parcours de soin coordonnés, elles ne donnent pas lieu à la prise en charge de la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par le Régime obligatoire) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables.

La majoration pour frais de déplacement, actes de nuit ou le dimanche et soins d'urgence sont pris en charge suite à un remboursement partiel de la Sécurité sociale.

Actes techniques médicaux :

Les actes techniques médicaux sont des actes de spécialités effectués hors hospitalisation et donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties suite à un remboursement partiel de la Sécurité sociale.

Analyses / actes de biologie / radiologie :

Les frais d'analyses, d'actes de biologie et de radiologie sont pris en charge. Ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité sociale donnant ainsi lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Les honoraires de psychologue remboursés par le Régime obligatoire

Dispositif MonPsy : toute personne (dès 3 ans) peut bénéficier d'un accompagnement par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie, jusqu'à 8 séances par année civile.

Honoraires paramédicaux :

Les honoraires des orthophonistes, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthoptistes sont pris en charge.

Ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement partiel de la Sécurité sociale, donnant ainsi lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Médicaments, Vaccins (remboursés par la Sécurité sociale) :

Le contrat prend en charge les médicaments remboursables par la Sécurité sociale, abstraction faite de la franchise médicale qu'elle applique en vertu des contrats responsables, remboursés à 65%, 30% et 15% par le Régime obligatoire.

Matériel médical :

Les prothèses d'orthopédie, capillaires et mammaires ainsi que tout appareillage (hors auditif et optique) pris en charge par le Régime obligatoire sont remboursés dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Frais de soins et de séjour à l'étranger :

Sont pris en charge vos frais médicaux chirurgicaux et/ou d'hospitalisation lors d'un séjour temporaire dans le monde entier dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale française, et dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

4.5.6. Bien-être et prévention :

Médecines douces :

Ce forfait est destiné à couvrir des dépenses de consultations non prises en charge par la Sécurité sociale et réalisées par les praticiens diplômés suivants : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiopathe, homéopathe, naturopathe, podologue/pédicure, diététicien/nutritionniste et hypnothérapeute.

Les praticiens doivent être inscrits auprès du registre national de leur spécialité. Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Ce forfait est valable par séance et dans la limite d'un nombre de séances par année d'assurance prévu au tableau de garanties.

Cette garantie n'est pas couverte dans le niveau 1.

Cures thermales prescrites (remboursées par la Sécurité sociale) :

Les cures thermales acceptées par la Sécurité sociale donnent lieu au remboursement des soins, honoraires, des frais de transport et de séjours dans la limite de 100% de la base de remboursement retenue par la Sécurité sociale.
A ce ticket modérateur et dans la limite réelle des frais engagés, s'ajoute un forfait prévu au tableau des garanties selon le niveau choisi, pour la prise en charge de frais de transport ou de séjour non couverts par la Sécurité sociale.

Dépistage et prévention (actes non remboursés par la sécurité sociale) :

Le contrat prend en charge des dépenses de prévention non remboursées par les régimes obligatoires, dans la limite du forfait prévu au tableau des garanties selon le niveau choisi par année d'assurance à compter de la date d'effet du contrat :

- vaccins prescrits non pris en charge y compris les vaccins recommandés aux voyageurs par le conseil supérieur d'hygiène publique de France (fièvre jaune, rage, typhoïde, hépatite A, méningite à méningocoques…),
- traitement antipaludéen pour les voyages,
- substituts nicotiniques,
- médicaments de l'ostéoporose non pris en charge par la sécurité sociale mais délivrés en pharmacie,
- matériel de surveillance d'hypertension (auto-tensiomètre) - homologué ANSM-(ansm.santé.fr) ; ce matériel étant « familial », un seul remboursement par contrat sera pris en charge.

4.5.7. Packs Optionnels :

Ces packs optionnels permettent d'améliorer le remboursement des prestations dans les limites prévues au tableau de garanties.

Les packs « **hospitalisation et honoraires** », pack « **optique-dentaire-audio** », pack « **bien-être et prévention 1** », pack « **bien-être et prévention 2** », peuvent être souscrits en complément des niveaux 2 à 5, individuellement ou cumulativement, à l'exception des packs « bien-être » qui ne peuvent être cumulés.

L'adhésion aux différents packs optionnels choisis s'appliquera à l'ensemble de la famille, elle peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Article « MODIFICATIONS » ci-après).

Forfait lumière bleue : ce forfait prend en charge les équipements d'optique non correctifs anti-lumière bleue, remboursement sur présentation d'une facture acquittée.

Forfait Basse vision/Malvoyance : ce forfait prend en charge les équipements adaptés pour les assurés concernés par la basse vision/malvoyance, sur présentation d'une facture acquittée.

Pharmacie prescrite non remboursée et Automédication (inscrite au répertoire VIDAL) :

Ce forfait prend en charge les médicaments prescrits par un professionnel de santé autorisé à prescrire des médicaments dans son domaine, et répertoriés au Vidal, mais qui ne font plus l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Concernant l'automédication, celle-ci a été définie en France par le Conseil de l'Ordre des médecins comme « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM (autorisation de mise sur le Marché délivrée par l'ANSM agence nationale de sécurité du médicament), avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens. » Cette définition a été retenue par le Comité permanent des médecins européens.

Remboursement sur facture acquittée émise par une pharmacie.

Les frais d'abonnement sportif sont pris en charge pour tout adhérent licencié d'un club, d'une association sportive ou inscrit dans une salle de sport sur présentation d'une licence ou d'un abonnement acquitté dont la date a débuté postérieurement à la prise d'effet de la garantie..

Le forfait naissance est versé à l'assuré suite à la naissance ou l'adoption d'enfant mineur et pour chaque enfant. Ce forfait est subordonné à l'enregistrement de l'enfant en qualité de bénéficiaire, au paiement le cas échéant de la cotisation complémentaire correspondante, et à la réception par le CENTRE DE GESTION de l'acte de naissance accompagné de la demande d'enregistrement dans le mois qui suit la naissance.

Dépistage et prévention : cancers (col de l'utérus, colon, sein), glaucome, troubles de l'audition. Prise en charge de consultations et analyses biologiques non prises en charge par le Régime obligatoire, dans la limite de la participation prévue au tableau de garanties.

Le contrat bénéficie également :

En inclusion :

D'une garantie assistance et de protection juridique « Recours Médical », dont le détail est reporté en suivant des présentes.

4.6 Ce que le contrat ne prend pas en charge

Ne donnent pas lieu à la mise en œuvre des garanties définies au contrat et n'entraînent aucun paiement au titre du contrat :

- **les participations forfaitaires mentionnées au II de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;**
- **la franchise médicale annuelle mentionnée au III de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;**
- **la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins ;**
- **les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins, lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins ;**
- **les séjours en gérontologie, en instituts médico-pédagogiques et établissements similaires ;**
- **les séjours dans les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées ou dépendantes ;**
- **les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour ;**
- **les soins esthétiques, les cures de toute nature (sauf disposition prévue à l'article 4.5.6) et la thalassothérapie.**

ARTICLE 5: DELAI D'ATTENTE

5.1. Délais d'attente à la souscription

Lors de la souscription d'un niveau 1, 2 ou 3, les garanties sont acquises immédiatement sans application de délai d'attente.

Lors de la souscription d'un niveau 4 ou 5, les garanties, hors « soins courants », sont limitées durant les 3 premiers mois conformément au tableau de garanties.

Cette règle s'applique également en cas d'ajout d'un bénéficiaire. Les délais d'attente ne s'appliquent pas aux packs optionnels.

5.2. Délais d'attente en cas de changement de niveau de garanties

Une modification du niveau de garanties ne peut avoir lieu qu'après 12 mois d'ancienneté dans la formule.

En cas de hausse de garanties en cours d'adhésion, un délai d'attente de 3 mois peut s'appliquer à compter de la date de changement de niveau, comme détaillé ci-dessous :

- pour passer à un niveau 2 ou 3, quel que soit le niveau initial, les garanties sont acquises immédiatement sans application de délai d'attente.
- pour passer d'un niveau 1, 2 ou 3 sur un niveau 4 ou 5, les garanties, hors « soins courants », sont limitées durant les 3 premiers mois conformément au tableau de garanties.
- pour passer d'un niveau 4 à un niveau 5, les prestations du niveau 4, hors « soins courants », s'appliquent durant les 3 premiers mois.

Pour les séances et les actes limités à un nombre maximum par an, tels que les séances en « Médecines douces » ou « les frais dentaires non remboursés par le Régime obligatoire », les séances ou les actes réalisés durant les 3 premiers mois doivent être déduits du nombre maximum de séances ou d'actes prévu pour le niveau souscrit.

En cas de baisse de garanties, les garanties sont acquises immédiatement sans application de délai d'attente.

ARTICLE 6: MODALITES DE REMBOURSEMENT

6.1. Ce contrat n'a pas vocation à intervenir en tant que sur-complémentaire. Toutefois, si l'adhérent faisait néanmoins le choix de disposer de plusieurs contrats de complémentaire Santé, les garanties exprimées s'entendent déduction faite des remboursements du Régime obligatoire et des remboursements perçus par le (ou les autres) organisme(s) complémentaire(s) afin de ne pas dépasser les limites des remboursements imposées par le dispositif des contrats responsables.

6.2. Pour chaque garantie, le montant des remboursements est défini au sein du tableau des garanties en fonction du niveau souscrit par l'assuré et de la nature des dépenses médicales. Les niveaux des prestations optiques sont établis en fonction de la liste des produits et prestations remboursables (LPP) en vigueur.

Les montants de remboursement sont exprimés :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (base de remboursement) ;
- ou sous la forme d'un forfait. Ces forfaits sont valables par année d'assurance à compter de la date d'effet du contrat et par assuré, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des garanties. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle.
Le cumul des divers remboursements obtenus par un membre participant ne peut excéder la dépense réelle. Dans le cas où les soins ont été engagés hors de France, le remboursement se fait sur la base des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie obligatoire française, et qui figurent dans la nomenclature des actes.

6.3. Si l'assuré bénéficie de la télétransmission des informations entre la Sécurité sociale et l'ORGANISME ASSUREUR, les remboursements s'effectueront automatiquement. Dans les autres cas, ou si l'assuré n'utilise pas le système de télétransmission lors de sa dépense de santé (exemple : lorsqu'il ne paie que la part complémentaire des frais médicaux), il doit adresser en suivant de l'indemnisation par la Sécurité sociale :

A l'ORGANISME ASSUREUR (à adresser au service prestations d'Apivia Macif Mutuelle - CS 30000 - 79077 Niort Cedex 9)
• les décomptes originaux délivrés par la Sécurité sociale,
• les originaux des notes ou factures acquittées détaillant les actes, les prestations réalisées, les montants payés, les montants de base de remboursement et les pourcentages d'intervention de la Sécurité sociale,
• Les photocopies des notifications par l'assurance maladie obligatoire concernant le refus de la prise en charge des actes ainsi que la note d'honoraires codifiant les soins dispensés,
ou
AU CENTRE DE GESTION
• les pièces officielles d'état civil (bulletin de naissance, acte de décès, certificat d'hérédité…) permettant le paiement de prestations forfaitaires telles qu'une indemnité en cas de naissance ou en cas de décès d'un assuré,
• toutes pièces portées sur les notes d'information des garanties en inclusion ou en option qui auraient pu être souscrites, nécessaires à l'instruction et au paiement des sinistres.

Le règlement des prestations qui ne sont pas servies directement aux professionnels de santé suivant les accords de tiers payant, s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre participant

Par ailleurs, l'ORGANISME ASSUREUR se réserve le droit de demander tout document ou justificatif complémentaire qu'elle jugera nécessaire, à l'assuré ou au professionnel de santé, permettant le remboursement des frais médicaux demandés ou bien à des fins de contrôle a priori ou a posteriori, et ce dans un délai équivalent aux règles de prescription du contrat (voir article relatif à la prescription dans les conditions générales).

L'organisme assureur effectuera le règlement des prestations santé dans un délai de deux jours ouvrés. Ce délai débute à compter de la réception de l'ensemble des justificatifs demandés, que ces derniers nous soient parvenus par voie postale ou électronique.

6.4. Pour être recevable, toute demande de prestations doit être présentée dans les 2 ans suivant la date de remboursement par le Régime obligatoire, ou la date de réception du ticket modérateur, ou la date de l'événement à indemniser, ou la date de facturation. Au-delà de ce délai, la prestation ne sera pas versée. Les prestations ne sont dues que pour des soins et traitements reçus postérieurement à la date d'effet du contrat (quelle que soit la date d'apparition de la maladie ou de l'accident), et en tout état de cause avant la date de prise d'effet de la résiliation du contrat. La mutuelle conserve les documents transmis selon leur type dans le respect des règles définies en interne.

6.5. Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

6.6. Dans le cas où le cumul des prestations servies par la mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par Apivia Macif Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Le bénéficiaire recevant, de quel qu'organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel.

Le bénéficiaire des prestations est déchu de tout droit à remboursement s'il a utilisé, au moment de la souscription et tout au long de l'adhésion, des documents falsifiés ou frauduleux (présentation à la mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausses déclarations d'hospitalisation ...). La déchéance s'applique sur les prestations objets desdits documents falsifiés ou frauduleux. Les prestations déjà versées par la mutuelle se révélant infondées au visa de la présente clause seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

6.7. Suivi des prestations « EN TEMPS RÉEL » :

• INTERNET (www.apivia.fr). Suivi du remboursement des prestations 7 jours / 7 et 24h / 24.

• SERVICE E-MAIL (service gratuit d'information aux adhérents) :

Inscription préalable de l'adhérent sur le site www.apivia.fr pour notifier son adresse e-mail. En suivant et à chaque remboursement et quel qu'en soit le montant, l'adhérent reçoit un courrier électronique indiquant le montant du règlement qui vient d'être adressé.

ARTICLE 7: TIERS PAYANT

7.1. Pour faciliter l'accès aux soins, Apivia Macif Mutuelle a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, un contrat de prestation de service auprès d'un gestionnaire industriel du Tiers Payant.

7.2. Une carte mutualiste est délivrée en 2 exemplaires aux membres participants.

7.3. L'assuré (l'adhérent ou un bénéficiaire) qui cesse, pour quelque raison que ce soit, de bénéficier des garanties (contrat résilié, radiation de bénéficiaire), ne doit plus utiliser sa carte de tiers payant et s'engage à la détruire immédiatement, sous peine de poursuite.

En cas d'utilisation de sa carte de tiers payant auprès d'un praticien ou d'établissement hospitalier alors que les droits ne sont pas ouverts, le membre participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la mutuelle pour son compte.
Apivia Macif Mutuelle se réserve le droit de récupérer toutes les sommes indûment versées, par tous moyens à sa convenance ou en déduction des prestations à venir.

ARTICLE 8: DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

8.1. Le contrat prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion et

- au plus tôt le lendemain de la réception du dossier complet par le CENTRE DE GESTION
- ou au plus tôt le lendemain de la signature électronique.

Si l'adhérent donne mandat à l'organisme assureur pour procéder à la résiliation de son contrat de complémentaire santé détenu auprès d'un autre organisme assureur, le contrat prend effet le lendemain de la date de prise d'effet de la résiliation de son précédent contrat.

Dans tous les cas, l'adhésion au contrat prend effet à la date figurant sur le certificat d'adhésion remis à l'adhérent, et ne pourra en aucun cas être rétroactive.

8.2. Les droits de l'adhérent hospitalisé à la date d'effet de l'adhésion ne sont ouverts que le lendemain suivant sa sortie d'hospitalisation, y compris en cas de transfert d'établissement. En aucun cas, les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ne pourront être pris en considération et ne pourront donner lieu à un quelconque remboursement.

ARTICLE 9: DROIT DE RÉTRACTATION

Dans le cadre d'une adhésion souscrite à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours à compter de la conclusion du contrat pour revenir sur sa décision et ce, conformément à l'art L221-18 du Code de la consommation.

Suivant les dispositions des articles L221-21 et 22 du Code de la consommation, l'adhérent informe le CENTRE DE GESTION de sa décision de rétractation en lui adressant, avant l'expiration du délai de 14 jours, le formulaire de rétractation mis à disposition conformément aux articles L221-5 à 7 du même code, ou toute autre déclaration, dénuée d'ambiguïté, exprimant sa volonté de se rétracter.

• La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et son éventuelle rétractation.
• En cas de rétractation, l'adhérent est informé que :
- Si des prestations ont été versées, il s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 14 jours.
- Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, dans un délai de 14 jours.

Vous trouverez ci-dessous les informations nécessaires à l'exercice de votre droit de rétractation (ANNEXE à l'article R.221-3 du Code de la consommation).

Vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat sans donner de motif dans un délai de quatorze jours.

Le délai de rétractation expire quatorze jours après le jour de la conclusion du contrat.

Pour exercer le droit de rétractation, vous devez notifier au CENTRE DE GESTION votre décision de rétractation du présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre envoyée par la poste, télécopie ou courrier électronique). Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de rétractation mais ce n'est pas obligatoire.

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que vous transmettiez votre communication relative à l'exercice du droit de rétractation avant l'expiration du délai de rétractation.

Effets de rétractation

En cas de rétractation de votre part du présent contrat, nous vous rembourserons tous les paiements reçus de vous, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze jours à compter du jour où nous sommes informés de votre décision de rétractation du présent contrat. Nous procéderons au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui que vous aurez utilisé pour la transaction initiale, sauf si vous convenez expressément d'un moyen différent ; en tout état de cause, ce remboursement n'occasionnera pas de frais pour vous.

Vous devrez le cas échéant, nous rembourser les prestations versées, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard 14 jours après notre demande de remboursement ou de restitution, faisant suite à votre décision de rétractation.

MODÈLE DE FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

(ANNEXE à l'article R221-1 du Code de la consommation)

Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire ***uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat,*** *en l'adressant par courrier, fax ou mail* ***dans le délai de 14 jours****, à l'attention de :*

Apivia Courtage - 108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 Tours Cedex 2. Email : sante.contact@apivia-courtage.fr.

Je vous notifie par la présente ma rétractation de mon adhésion au contrat complémentaire santé : _____

Signé le : _____

Nom de l'adhérent : _____

Adresse de l'adhérent : _____

N° sécurité sociale de l'adhérent : _____

Nom du Courtier qui vous a démarché : _____

- Je vous prie de me rembourser les cotisations éventuellement perçues.
- Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Date : _____

Signature de l'adhérent : _____

(Signature uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier).

ARTICLE 10: CERTIFICAT D'ADHÉSION - TABLEAU DES GARANTIES

Passé les délais légaux de renonciation, l'assuré reçoit son certificat d'adhésion porteur des conditions particulières de son contrat : date d'effet de l'adhésion, échéance principale, nom de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, option choisie, détail des cotisations, éventuels délais d'attente ainsi que sa carte de tiers payant, sous réserve de l'encaissement des cotisations dues.

Seules sont accordées à l'assuré et/ou au(x) bénéficiaire(s), les garanties mentionnées à son certificat d'adhésion et dont le détail figure sur son tableau des garanties.

ARTICLE 11: DURÉE DE L'ADHÉSION

11.1. L'échéance principale du contrat est la date d'anniversaire du contrat.

11.2. Le contrat est souscrit pour une première période d'assurance de 12 mois à compter de la date d'effet.

Le contrat est ensuite tacitement reconduit chaque année à compter de la date anniversaire du contrat sauf résiliation dans les conditions précisées par l'article relatif à la résiliation.

ARTICLE 12: MODIFICATIONS

12.1. Ajout ou suppression de bénéficiaire

Si l'adhérent souhaite qu'un nouvel assuré bénéficie du contrat, il doit en faire la demande à son courtier, au CENTRE DE GESTION ou auprès de l'ORGANISME ASSUREUR. L'affiliation du bénéficiaire prendra effet au plus tôt au 1er du mois suivant la réception de la demande.

En cas d'ajout d'un nouveau-né, l'affiliation prendra effet dès sa naissance (ou dès sa date d'adoption), à condition d'effectuer la demande d'affiliation au contrat dans les 3 mois suivant la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant dans le foyer.

Cependant, en cas d'ajout d'un bénéficiaire et selon le niveau de garanties souscrit par l'adhérent, un délai d'attente peut s'appliquer au nouveau bénéficiaire pendant les 3 premiers mois suivant la date d'effet de l'affiliation conformément aux conditions précisées à l'article « Délais d'attente ».

Si l'adhérent souhaite qu'un assuré ne bénéficie plus du contrat, il doit également en faire la demande à son courtier, au CENTRE DE GESTION ou auprès de l'ORGANISME ASSUREUR. Cette radiation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande, sous réserve que le bénéficiaire ait 12 mois d'ancienneté dans le niveau de garanties. En cas de décès d'un assuré, la radiation intervient à la date du décès et il est procédé au remboursement des cotisations réglées pour la période postérieure.

12.2. Modification suite à un changement de situation

Pendant la durée du contrat, l'adhérent doit informer le CENTRE DE GESTION et/ou l'ORGANISME ASSUREUR de tout changement de situation d'un assuré afin qu'il procède à la modification du contrat, notamment :

- changement de domicile
- changement de Régime obligatoire
- changement de situation matrimoniale (mariage, divorce, veuvage, etc…)

Si cette modification entraîne une augmentation des cotisations, l'adhérent dispose d'un délai de 30 jours à compter de la réception de son nouvel avis d'échéance pour résilier son contrat, selon les modalités prévues à l'article «Résiliation».

12.3. Modification du niveau de garanties

Aucune modification du niveau de garantie ne peut avoir lieu pendant les 12 premiers mois suivant la date d'effet de l'adhésion.

A l'issue de cette période, l'adhérent peut modifier ses garanties, à la hausse ou à la baisse à tout moment. Le changement de niveau prendra effet au 1er jour du mois suivant la date de cette demande.
La nouvelle garantie est souscrite pour une durée minimum de 12 mois et s'applique à tous les bénéficiaires.

Les garanties sont acquises immédiatement sauf en cas de la souscription d'un niveau 4 ou 5 pour lequel les garanties sont limitées durant les trois premiers mois à compter du changement de niveau conformément aux conditions précisées à l'article « Délais d'attente ».

12.4. Modification des packs optionnels

Aucun ajout ou suppression de packs optionnels ne peut être fait pendant les 12 premiers mois suivant la date d'effet de l'adhésion.
A l'issue de cette période de 12 mois, l'adhérent peut ajouter ou supprimer un ou plusieurs packs optionnels à tout moment. Ce changement prendra effet au 1er jour du mois suivant la date de cette demande.
Un pack optionnel est souscrit pour une durée minimum de 12 mois.

ARTICLE 13: RÉSILIATION

13.1. Loi Evin

Eu égard à la loi EVIN n° 89-10009 qui dispose que les garanties délivrées revêtent un caractère viager, l'assuré seul dispose de la faculté de résilier son contrat (excepté la résiliation par l'assureur de l'adhésion pour non-paiement de cotisation).

13.2. Résiliation après un an de souscription

L'adhérent peut résilier son contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prendra effet un mois après réception de la demande de résiliation et sera confirmée par écrit à l'adhérent.

L'adhérent peut également donner mandat à un nouvel assureur de résilier pour son compte, et dans ce cas, la résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande de résiliation.

13.3. Résiliation à l'échéance

La résiliation du contrat peut être demandée à la date anniversaire de la prise d'effet du contrat moyennant un préavis d'au moins deux mois.

13.4. Dénonciation pour modification des droits

Conformément à l'article L221-6 du Code de la mutualité, l'adhérent dispose, en cas de modification par la Mutuelle de ses droits et obligations, dans le cadre du contrat collectif à adhésion facultative auquel il est rattaché, d'un délai d'un mois à compter de l'information reçue, pour dénoncer son adhésion en raison de cette modification.

Sous peine d'irrecevabilité, l'adhérent doit signer sa demande de dénonciation et l'adresser au CENTRE DE GESTION, accompagnée le cas échéant d'un justificatif.

13.5. Faculté de résiliation anticipée

En cas de survenance d'un des événements suivants :

• changement de domicile ;
• changement de situation matrimoniale ;
• changement de régime matrimonial ;
• changement de profession ;
• retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle ;

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification dans les conditions fixées par décret. Le CENTRE DE GESTION rembourse la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Sous peine d'irrecevabilité, l'adhérent doit signer sa demande de résiliation et l'adresser au CENTRE DE GESTION, accompagnée d'un justificatif.

13.6. Moyens de résiliation

Quel que soit le motif, l'adhérent doit adresser sa demande de résiliation au CENTRE DE GESTION ou à l'ORGANISME ASSUREUR par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité et notamment:
- par voie électronique via votre Espace adhérent sur le site www.apivia.fr ou sur l'application mobile ;
- par courrier postal à l'adresse figurant sur sa carte de tiers payant ;
- par courrier électronique à l'adresse suivante sante.contact@apivia-courtage.fr ;
- par déclaration au siège social d'Apivia Macif Mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire ;

L'ORGANISME ASSUREUR confirmera par écrit avoir reçu la demande de résiliation de l'adhérent.

13.7. Conséquence de la résiliation sur les prestations

Aucune prestation ne peut être servie pour des soins effectués après la date de radiation. Dans le cas où l'assuré démissionnaire ou faisant l'objet d'une radiation pour non-paiement est redevable envers l'ORGANISME ASSUREUR d'une dette de quelque nature que ce soit, l'ORGANISME ASSUREUR est habilité de plein droit à opérer des retenues d'office sur les prestations auxquelles l'assuré peut prétendre jusqu'à due concurrence.

ARTICLE 14: OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

14.1. Ses garanties sont accordées à l'assuré à partir des informations qu'il s'engage à fournir de bonne foi en remplissant son bulletin d'adhésion. En cas de fausse déclaration et/ou de mauvaise foi avérée, le CENTRE DE GESTION ou l'ORGANISME ASSUREUR se réserve le droit d'annuler purement et simplement l'adhésion, les cotisations versées lui restant acquises.

14.2. En cours de contrat l'assuré s'engage, à informer immédiatement le CENTRE DE GESTION, par courrier, par télécopie, par courrier électronique -à l'exclusion d'appels téléphoniques- de la survenance de tous événements tels qu'un changement de nom, d'adresse, de situation matrimoniale, de coordonnées bancaires, de régime social, ou de la composition de la famille.

14.3. L'assuré (l'adhérent ou un bénéficiaire) qui cesse, pour quelque raison que ce soit, de bénéficier des garanties (contrat résilié, radiation de bénéficiaire), ne doit plus utiliser sa carte de tiers payant et s'engage à la détruire immédiatement, sous peine de poursuite.

ARTICLE 15: COTISATIONS

15.1. Détermination des cotisations

15.1.1. Les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation globale représentant la somme des cotisations individuelles ou familiales dues par l'assuré, pour lui-même, et pour chacun des éventuels autres bénéficiaires du contrat.

Le tarif en vigueur de l'option choisie indique le montant des cotisations individuelles ou familiales en fonction de l'âge atteint et du lieu de domicile du souscripteur. Cet âge est déterminé par la différence entre le millésime de l'année de souscription et celui de l'année de naissance.

15.1.2. La cotisation est gratuite pour le 3ème enfant et les suivants. Pour ce calcul, sont considérés comme enfants, les enfants à charge jusqu'à 20 ans inclus, inscrits à la mutuelle sous le contrat du chef de famille.

15.1.3. Les enfants de 21 ans et plus sont considérés comme un adulte et adhèrent à titre individuel à un produit de la gamme, ou s'ils le souhaitent, restent sous le couvert du contrat des parents, en payant une cotisation liée à leur âge, sans notion de gratuité.

15.1.4. La cotisation globale comprend la rémunération de l'entreprise d'assurance et ses intermédiaires versée sous forme de commissions.

15.2. Ajustement des cotisations

A chaque date anniversaire du contrat, lorsque l'assuré et/ou les autres bénéficiaires passent dans la tranche d'âge supérieure, les cotisations individuelles sont ajustées pour tenir compte du nouveau tarif applicable au nouvel âge atteint.

Elles évoluent contractuellement à chaque échéance anniversaire du contrat, en fonction de l'âge des assurés.

Les cotisations peuvent varier en cas de changement de domicile du souscripteur ou de l'assuré, dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

15.3. Augmentation des cotisations

A chaque date anniversaire du contrat, et en application des décisions de l'assemblée générale de l'ORGANISME ASSUREUR, les cotisations du contrat peuvent subir une augmentation en fonction de ses résultats techniques fondée sur la consommation médicale de l'ensemble des assurés, et/ou en fonction de la « consommation médicale totale par habitant » publiée par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi.

L'augmentation des cotisations du contrat qui serait rendue nécessaire, soit consécutivement au changement des conditions de remboursements des régimes obligatoires, soit dans le prolongement de toute décision de l'Etat en matière légale ou fiscale, pourrait toutefois et pour sa part intervenir en cours d'année d'adhésion.

En cas de modification des remboursements du ou des régimes obligatoires, l'ORGANISME ASSUREUR se réserve toutefois le droit de maintenir les conditions de remboursement qui étaient les siennes avant ladite modification.

15.4. Paiement et fractionnement des cotisations

15.4.1. Les cotisations sont payables annuellement et d'avance, quinze jours avant le début de la période d'assurance. Les assurés reçoivent à chaque année d'assurance l'appel de cotisation correspondant, qui est affecté à la couverture des prestations complémentaires santé couvertes par les mutuelles dans les conditions prévues par l'article L111-1 du Code de la mutualité et par les organismes d'assurance pour les autres prestations souscrites par l'association ou l'ORGANISME ASSUREUR pour le compte de ses adhérents en conformité à l'article de ses statuts et à celui de l'article L221-3 du Code de la mutualité.

À ces cotisations s'ajoutent :
• Les impôts, taxes et contributions perçus par l'Etat ou par toutes autres collectivités publiques, et dont l'assiette est constituée des cotisations encaissées par les mutuelles et/ou, par les organismes d'assurance.
• Les cotisations spéciales destinées aux unions ou fédérations auxquelles adhèrent les organismes d'assurance, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.
• Les cotisations statutaires associatives.
• Les frais accessoires et éventuels frais de dossier.

15.4.2. Le paiement des cotisations peut toutefois être fractionné au semestre, au trimestre ou au mois. La première fraction de cotisation peut être réglée en espèces, au CENTRE DE GESTION, par chèque, par carte bancaire ou par prélèvement automatique sur un compte bancaire à la signature de l'adhésion dans le cadre d'une vente « en agence » dite « face à face » ou d'une vente à distance, si l'adhérent a demandé expressément l'exécution immédiate et intégrale de son contrat.

Dans le cadre d'une souscription hors établissement (à domicile), il est rappelé qu'il ne pourra être réclamé à l'adhérent aucun paiement ni aucune contrepartie, sous quelque forme que ce soit, avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de la conclusion du contrat hors établissement, conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la consommation.

Dans tous les cas, le CENTRE DE GESTION s'engage à ne pas prélever une quelconque cotisation avant l'extinction de tous délais légaux de renonciation.

Les autres fractions de cotisations sont payables d'avance par prélèvement bancaire au 5 au 10 ou au 15 de chaque périodicité mensuelle, trimestrielle, semestrielle, ou annuelle sans autre avis d'appel de cotisation, sauf après une modification changeant les cotisations. En cas de rejet du prélèvement pour provision insuffisante, le prélèvement pourra être représenté.

Si la date de réception du dossier ou le délai de rétractation ne permet pas le prélèvement de la 1ère fraction de cotisation dans le mois de la prise d'effet du contrat, ce dernier s'effectuera dans le mois qui suit.

La même règle s'applique pour un fractionnement trimestriel, semestriel ou annuel des fractions de cotisations restant à couvrir avant la prochaine périodicité.

15.5. Défaut de paiement des cotisations

La cotisation est annuelle, payable d'avance. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, le défaut de paiement d'une seule fraction dans les quinze jours de son échéance, entraîne l'exigibilité immédiate de l'intégralité de la cotisation annuelle.

Dans les conditions définies à l'article L 221-8 du Code de la mutualité et à l'article L 113-3 du Code des assurances, et à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les quinze jours de son échéance, et indépendamment du droit pour les organismes d'assurances de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, il est adressé à l'adhérent à son dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure l'informant que l'adhésion sera résiliée dans les quarante jours suivant la date d'envoi de cette lettre, si les cotisations restent impayées.

Suite aux prélèvements et à l'information par la banque d'un impayé ou d'un retard dans le paiement des cotisations, et au non-paiement des cotisations dans les délais qui lui sont impartis, l'assuré supportera les frais suivants :
• 10 euros pour un simple rappel ou le rejet du règlement par la banque pour motif imputable à l'assuré.

• 15 euros en cas de mise en demeure, auxquels il convient d'ajouter le coût d'un recommandé au moment de l'envoi (tarif fixé par les services postaux).

• Les frais de poursuite et de recouvrement suite à la résiliation du contrat.

• Une clause pénale égale à 20% du principal restant dû (cotisation et frais de recouvrement), auquel s'ajoutent les intérêts légaux.

En cas de procédure contentieuse, l'ensemble des frais de recouvrement, y compris ceux du prestataire pourront être demandés à la juridiction compétente.

ARTICLE 16: PRESCRIPTION

Toute action dérivant des opérations mentionnées au contrat d'assurance est prescrite dans le délai de deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance, conformément aux articles L221-11, L221-12 et L221-12-1 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

• en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant, que du jour où l'ORGANISME ASSUREUR en a eu connaissance ;

• en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription peut être interrompue par :

• une des causes ordinaires d'interruption prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (demande en justice, reconnaissance par le débiteur du droit de l'autre partie, mesure conservatoire ou acte d'exécution forcée)

• la désignation d'un expert

• l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'ORGANISME ASSUREUR ou le CENTRE DE GESTION à l'adhérent et ayant pour objet le règlement de la cotisation

• l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par le Membre Participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit et ayant pour objet le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 17: RÉCLAMATIONS

17.1. POUR LES GARANTIES SANTÉ ET LES SERVICES

Si vous souhaitez exprimer une insatisfaction, votre courtier ou votre conseiller est votre interlocuteur privilégié. Vous pouvez le joindre aux coordonnées habituelles.

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, adressez alors votre réclamation par écrit :

- portant sur la gestion de votre contrat (mise à jour, cotisation, résiliation, annulation) à : Apivia Courtage – Service réclamation Santé - 108 rue Ronsard – CS 87323 –37073 TOURS Cedex 2, ou adresser un e-mail à : sante.reclamation@apivia-courtage.fr.
- portant sur le remboursement des prestations ou la prise en charge des soins par la mutuelle, à Apivia Macif Mutuelle à l'adresse suivante TSA 27270 - 79060 NIORT CEDEX ou via notre site internet www.apivia.fr..

Nous accuserons réception de votre réclamation et y répondrons, dans les meilleurs délais et dans un délai maximum de 2 mois, conformément aux délais réglementaires en vigueur**.**

ARTICLE 18: MEDIATION

Si votre mécontentement persiste après épuisement de la procédure interne de réclamation ou à l'issue du délai réglementaire de deux mois, vous pouvez alors saisir la Médiation de l'assurance par courrier à l'adresse : TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 ou par internet sur www.mediation-assurance.org.

Votre saisine de la Médiation doit intervenir dans un délai maximum d'un an à compter de votre réclamation écrite auprès de nos services.

ARTICLE 19: SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres assurés servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration du sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions de l'article L221-14 (nullité du contrat) ou de l'article L221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité.

ARTICLE 20: SUBROGATION

L'ORGANISME ASSUREUR est subrogé de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée.

ARTICLE 21: COMPENSATION

En cas de restitution des sommes versées par les parties en application des présentes, Apivia Courtage est fondée à effectuer une compensation entre le remboursement des cotisations payées par l'adhérent et perçues par Apivia Courtage, d'une part, et le remboursement du règlement des prestations payées par Apivia Macif Mutuelle au bénéfice de l'adhérent, d'autre part.

Si le remboursement du règlement des prestations est inférieur au montant payé par l'Adhérent au titre de la cotisation, Apivia Courtage s'engage à rembourser le solde manquant. Au contraire, si le solde est supérieur, l'adhérent s'engage à rembourser le solde manquant à Apivia Macif Mutuelle.

ARTICLE 22: PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données recueillies feront l'objet de traitements par Apivia Macif Mutuelle, responsable de traitements, et son sous-traitant Apivia Courtage, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurance. Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesse

Nous vous informons que vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez vous opposer à la prospection commerciale, exercer vos autres droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles auprès du Délégué à la protection des données personnelles (DPO), en écrivant à DPO Apivia Courtage – 108 rue Ronsard – 37100 Tours ou par courrier électronique à dpo@apivia-courtage.fr.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Toutes les précisions sur la protection de vos données et notamment des destinataires sont accessibles sur le site internet de Macif : https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles.

ARTICLE 23: AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'ORGANISME ASSUREUR et du CENTRE DE GESTION est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, 75436 PARIS Cedex 09.

Annexe des conditions générales : Tableau de garanties / **Vitamin** 3

Garanties en vigueur au 1er décembre 2023

100 % SANTÉ — DENTAIRE — OPTIQUE — AUDIOLOGIE

Le tableau des garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise médicale annuelle de l'assuré, qui restent à sa charge, et dans la limite des dépenses engagées par l'assuré. Pour les actes hors parcours de soins, les remboursements de la mutuelle sont identiques en montant à ceux effectués dans le cadre du parcours de soins, à l'exception des dépassements d'honoraires qui ne sont pas pris en charge.

TG_VITAMIN3_ME-AG_202310_4

Hospitalisation

	1	2	3	4		5	
				3 premiers mois	Mois suivants	3 premiers mois	Mois suivants
Honoraires médicaux et chirurgicaux (y compris maternité) Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier **(DPTAM*)**	100%	150%	200%	200%	250%	200%	300%
Honoraires médicaux et chirurgicaux (y compris maternité) Anesthésistes - Actes en secteur hospitalier **(hors DPTAM*)**	100%	125%	150%	150%	175%	150%	200%
Frais de séjour en établissement conventionné (y compris hospitalisation à domicile)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en établissement non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier Hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient Urgences	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Chambre particulière (avec nuitée) : Chirurgie - Médecine - Maternité - *Durée illimitée*	-	30€ / jour	50€ / jour	50€ / jour	70€ / jour	50€ / jour	90€ / jour
Rééducation fonctionnelle - Maison de repos et de convalescence - Soins de suite et de réadaptation - *Durée limitée à 60 jours par an*	-	20€ / jour	30€ / jour	30€ / jour	40€ / jour	30€ / jour	50€ / jour
Frais d'accompagnant **:** *Limités à 30 jours par an*	-	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	20€ / jour	15€ / jour	30€ / jour
Frais de transport acceptés par le RO**	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Confort à l'hôpital (TV - Internet - Téléphone - Presse) *Dès la 1re nuit d'hospitalisation (1) - Limité à 20 jours par séjour*	-	10 € / jour	10€ / jour	10€ / jour	10€ / jour	10€ / jour	10€ / jour
Forfait hospitalisation ambulatoire (2)	-	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	20€ / jour	15€ / jour	30€ / jour
Frais de soins et de séjour à l'étranger	100%	100%	100%	110%	110%	130%	130%

Accident, hospitalisation urgente ou non (y compris en ambulatoire), maternité, pathologie lourde... Vous avez besoin d'aide ?
Votre garantie Assistance*** vous accompagne et vous apporte des solutions d'aide à la vie quotidienne : aide ménagère, fermeture du domicile quitté en urgence, garde d'animaux...

Optique (3)

Equipement 100% Santé(4) - Sans reste à charge			**Remboursement intégral**				
Equipement 2 verres simples + monture	100%	100€	150€	150€	200€	150€	300€
Equipement 2 verres complexes ou hypercomplexes + monture	100%	200€	250€	250€	300€	250€	400€
Equipement mixte (monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou hypercomplexe)	100%	150€	200€	200€	250€	200€	350€
Dont monture (5)	100%	30€	50€	50€	100€	50€	100€
Lentilles de correction remboursables ou non par le RO** - *Par an*	100%	100€	150€	150€	200€	150€	250€
Intervention sur l'œil comprenant toutes les chirurgies et implants oculaires non remboursés par le RO** - *Par œil et par an*	-	100€	200€	200€	300€	200€	400€

Dentaire

Soins et prothèses 100% Santé(4) - Sans reste à charge			**Remboursement intégral**				
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO**	100%	100%	100%	100%	125%	100%	150%
Prothèses dentaires dont inlay core remboursées par le RO**	100%	125%	150%	150%	225%	150%	300%
BONUS FIDÉLITÉ (+25%) Dès la 2e année	125%	150%	175%	175%	250%	175%	325%
BONUS FIDÉLITÉ (+25%) Dès la 3e année	150%	175%	200%	200%	275%	200%	350%
Orthodontie remboursée par le RO**	100%	125%	150%	150%	225%	150%	300%
Frais dentaires non remboursés par le RO** : Prothèses - Implants et soins dentaires *Montant par acte*	-	-	200€	200€	300€	200€	400€
Nombre d'actes par an	-	-	3 actes	3 actes (6)	3 actes (6)	3 actes (6)	3 actes (6)
Plafond dentaire (prothèses dentaires dont inlay core remboursées par le RO**, orthodontie remboursée par le RO**, frais dentaires non remboursés par le RO**)	-	-	1re année 750€ 2e année 1200€ 3e et suivantes 1500€	1re année 750€ 2e année 1200€ 3e et suivantes 1500€	1re année 1000€ 2e année 1200€ 3e et suivantes 1500€	1re année 750€ 2e année 1200€ 3e et suivantes 1500€	1re année 1000€ 2e année 1200€ 3e et suivantes 1500€

Aides auditives(7)

Equipement 100% Santé(4) - Sans reste à charge			**Remboursement intégral**				
Appareils auditifs (8) - *Par oreille*	100%	100% + 150€	100% + 200€	100% + 200€	100% + 350€	100% +200€	100% + 550€
Entretien - Piles - Accessoires - *Par an*	100%	100%	100% + 30€	100% + 30€	100% + 40€	100% + 30€	100% + 50€

Soins courants

Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) : Actes techniques médicaux - Radiologie **(DPTAM*)**	100%	125%	150%	175%	175%	250%	250%
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) : Actes techniques médicaux - Radiologie **(hors DPTAM*)**	100%	100%	125%	150%	150%	200%	200%
Analyses - Examens de laboratoire	100%	100%	130%	175%	175%	220%	220%
Consultations de psychologues remboursées par le Régime obligatoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux : Orthophonistes - Infirmiers - Kinésithérapeutes - Orthoptistes	100%	100%	130%	175%	175%	220%	220%
Médicaments et vaccins remboursés par le RO**	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical : Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires, tout appareillage, hors auditif et optique	100%	125%	150%	175%	175%	200%	200%
Frais de soins et de séjour à l'étranger	100%	100%	100%	110%	110%	130%	130%

Bien-être & Prévention

	1	2	3	4		5	
				3 premiers mois	Mois suivants	3 premiers mois	Mois suivants
Médecines douces : Ostéopathe - Chiropracteur - Acupuncteur - Étiopathe - Homéopathe - Naturopathe - Podologue/pédicure - Diététicien/nutritionniste - Hypnothérapeute.							
Montant par séance	-	20 € / séance	25 € / séance	25 € / séance	30 € / séance	25 € / séance	35 € / séance
Nombre de séances par an	-	2 séances	3 séances	3 séances (6)	4 séances (6)	3 séances (6)	5 séances (6)
Cures thermales prescrites remboursées par le RO** : Honoraires, Soins, Frais de transport, Hébergement - *Par an*	-	100%	100% + 50 € /an	100% + 50 € /an	100% + 100 € /an	100% + 50 € /an	100% + 150 € /an
Dépistage et Prévention (actes non remboursés par le RO**) : Vaccins prescrits non pris en charge - Traitement antipaludéen pour les voyages - Substituts nicotiniques (en complément de la Sécurité sociale) - Médicaments de l'ostéoporose - Matériel de surveillance hypertension homologué ANSM - *Par an*	100 € / an	100 € / an	100 € / an	100 € / an	100 € / an	100 € / an	150 € / an

Avantages & Services

	1	2	3	4		5	
Téléconsultation médicale	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Assistance santé*** vie quotidienne 24h/24 & 7j/7	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Protection Juridique "Recours Médical"***	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Réseaux de soins	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Appli mobile : gestion compte adhérents / carte de tiers-payant numérique	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Accompagnement en cas de maladies redoutées (10% réduction sur le site Oncovia)	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Eligibilité Madelin	✔	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Eligibilité Packs Optionnels	NON	✔	✔	✔	✔	✔	✔

Ce contrat est un contrat responsable au sens de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale.
Les remboursements exprimés en pourcentage et en euros incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Les remboursements, forfaits (hors optique et aides auditives) limites et plafonds de garanties s'entendent par bénéficiaire et par an à compter de la date d'effet du contrat, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Dans tous les cas les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en euro.

***Le DPTAM** (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés [OPTAM (pour les médecins de secteur 2), OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) et qui remplacent le dispositif du Contrat d'Accès aux Soins (CAS)].

****RO :** Régime obligatoire

***** Les garanties d'assistance et protection juridique "Recours Médical" portées au contrat sont assurées auprès d'autres assureurs dont les mentions légales sont annexées aux conditions générales de l'offre remises à la souscription. Informations également disponibles sur votre espace adhérent apivia.fr.

(1) Les frais de confort à l'hôpital, sont pris en charge dans la limite de la dépense engagée lors de toute hospitalisation d'au moins 1 nuit. Ce forfait ne se cumule pas avec le forfait hospitalisation à la journée. Prise en charge jusqu'à 20 jours par séjour, sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée à adresser au service prestations d'Apivia Macif Mutuelle - CS 30000 - 79077 Niort Cedex 9.

(2) Participation aux frais suivants en cas d'hospitalisation ambulatoire : chambre ambulatoire, repas, télévision, internet. Ce forfait est non cumulable avec le forfait "confort à l'hôpital". le remboursement est effectué sur présentation du bulletin d'hospitalisation et de la facture acquittée.

(3) Le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est possible réglementairement. Dans tous les cas, pour chaque assuré, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement. Le forfait attribué pour la monture selon les décrets en vigueur ne pourra pas excéder 100 €.

(4) Tels que définis réglementairement.

(5) Par exception, le forfait monture de 100 € correspond au remboursement de la mutuelle en incluant le remboursement de la Sécurité sociale.

(6) Pour les niveaux 4 et 5, les séances et les actes remboursés pendant les 3 premiers mois suivant la prise d'effet du contrat seront déduits du nombre maximum de séances et d'actes remboursables par an, prévu pour les mois suivants.

(7) Depuis le 1er janvier 2021, prise en charge d'un équipement (1 appareil acoustique) est limitée à 1 équipement par oreille tous les 4 ans. Le point de départ de cette période par assuré correspond à la date de l'équipement.

(8) Conformément au cahier des charges du contrat responsable, la prise en charge ne pourra pas dépasser 1 700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le Régime obligatoire.

Packs optionnels

Vous souhaitez renforcer vos garanties ? Souscrivez jusqu'à 3 packs optionnels avec les niveaux de garanties 2, 3 ,4 et 5.
(Les packs Bien-être et Prévention ne peuvent pas être cumulés)

Hospitalisation & Honoraires ☐

Dépassements d'honoraires : Ville/Hôpital **(DPTAM* uniquement)**	+ 50%
Chambre particulière (avec nuitée) : *Montant par jour* . Maladie - Chirurgie - Maternité . Rééducation fonctionnelle - Maison de repos et de convalescence - Soins de suite et de réadaptation. . Psychiatrie et assimilés (maxi 30 jours par an) (9)	+ 20 €
Amélioration frais accompagnant - *Montant par jour*	+ 15 €
Amélioration hospitalisation à la journée - *Montant par jour*	+ 30 €
Frais de soins et de séjour à l'étranger	+ 20%

Optique - Dentaire - Audio ☐

Forfait lentilles remboursées et non remboursées par le RO** - *Par an*	+ 200 €
Intervention sur l'œil comprenant toutes les chirurgies et implants oculaires non remboursés par le RO** *Par œil et par an*	+ 200 €
Forfait protection lumière bleue (10) et Equipement basse vision /malvoyance - *Par an*	100 €
Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO**	+ 100%
Parodontologie et Orthodontie non remboursées (11)	150 €
Remboursement audioprothèse classe 2 - *Par oreille*	+ 100 €

Bien-être & Prévention 1 ☐

Pack enfant (12) : Psychologue - Psychomotricien *Par séance (maxi 3 séances)*	30 €
Forfait médecines douces (13) - *Par séance*	+ 20 €
Pharmacie prescrite non remboursée et automédication (14) - *Par an*	50 €
Contraception prescrite non remboursée par le RO** - *Par an*	100 €
Allocation naissance ou adoption - *Par enfant* (15)	350 €
FIV / amniocentèse - *Par an*	200 €
Abonnement sportif Licence, club, association et abonnement en salle de sport (16) - *Par an*	50 €

Bien-être & Prévention 2 ☐

Cures thermales - *Par an*	+ 200 €
Forfait médecines douces (13) - *Par séance*	+ 20 €
Pharmacie prescrite non remboursée et automédication (14) - *Par an*	50 €
Forfait prévention - Dépistage non pris en charge par le RO** : cancers (col de l'utérus, côlon, sein), du glaucome, troubles de l'audition - *Par an*	50 €
Abonnement sportif : Licence, club, association et abonnement en salle de sport (16) - *Par an*	50 €

Lexique : Les prises en charge s'entendent **en complément** (précédées par un +) ou **en ajout** et dans les limites prévues dans la garantie de base souscrite.

(9) Pour les frais de chambre particulière « psychiatrie et assimilés », le montant s'ajoute au montant pris en charge dans la garantie de base souscrite pour les frais de chambre particulière « rééducation fonctionnelle, maison de repos et de convalescence, soins de suite et de réadaptation » et dans la limite de 30 jours par an.

(10) Ce forfait prend en charge les équipements d'optique non correctifs anti-lumière bleue, sur présentation d'une facture acquittée.

(11) Dans la limite du nombre d'actes prévu dans la garantie de base souscrite sur le poste frais dentaires non remboursés par le RO**.

(12) Enfant inscrit au contrat dans la limite d'âge prévue aux conditions générales du contrat.

(13) Ostéopathe - Chiropracteur - Acupuncteur - Étiopathe - Homéopathe - Naturopathe - Podologue/pédicure - Diététicien/nutritionniste - Hypnothérapeute.

(14) Automédication : pharmacie non prescrite non remboursée. (médicaments inscrits au répertoire VIDAL).

(15) Allocation naissance ou adoption : subordonnée à l'enregistrement de l'enfant au contrat et l'envoi du justificatif (naissance ou adoption) dans le mois qui suit l'événement.

(16) Remboursement sur présentation d'une licence ou d'un abonnement acquitté dont la date a débuté postérieurement à la prise de garantie.

MUTUALITÉ FRANÇAISE
Le contrat **Vitamin³** sous marque Apivia est assuré par **Apivia Macif Mutuelle**, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501.
Siège social : 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS Cedex 15.
Le contrat est distribué par le réseau d'Apivia Courtage - SAS au capital de 20 000 000 € - RCS Tours 490 625 662 - Siège social : 108 rue Ronsard 37100 Tours - ORIAS n° 09 051 617 (www.orias.fr).
Exerce sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
APIVIA par Macif

www.apivia.fr

APIVIA
par Macif

NOTICE D'INFORMATION

Apivia Assistance Particuliers

Parce que certaines situations peuvent fortement perturber votre quotidien
et nécessitent un accompagnement de proximité,
Apivia Assistance vous propose un service d'assistance adapté à vos besoins disponible 24h/24 et 7j/7.

0 970 820 692 ou **(+33) 05 49 34 82 80**

GROUPE IMA

Les conditions générales présentées ci-après proposent des garanties d'assistance à domicile aux adhérents, bénéficiaires d'un contrat santé assuré par Apivia Macif Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et membre de la Mutualité Française, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 779 558 501, 17-21 place Étienne Pernet - 75015 PARIS Cedex 15, conformément à l'article L221-3 du Code de la mutualité.

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, ci-après dénommée IMA, société anonyme au capital de 157 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT Cedex 09, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de NIORT sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

SOMMAIRE
Les conditions générales d'assistance

Garanties d'assistance à domicile ..... p 4

1 Conditions d'application des garanties d'assistance à domicile ..... p 4

2 Garanties dès la souscription ..... p 4

3 Garanties en cas d'hospitalisation imprévue ou programmée et en cas d'immobilisation imprévue .. p 5

4 Garanties Famille en cas d'hospitalisation imprévue ou programmée et/ou d'immobilisation imprévue ..... p 7

5 Garanties liées à la maternité ..... p 8

6 Garanties liées à l'emploi ..... p 9

7 Garanties liées aux retraités et seniors ..... p 10

8 Garanties en cas d'évènement traumatisant ..... p 10

9 Garanties en cas de maladie redoutée ..... p 10

10 Garanties en cas de décès ..... p 11

11 Garanties en cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit .. p 11

12 Garanties en cas de déplacement ..... p 13

13 Garanties en cas d'hospitalisation : accompagnement pré et post hospitalisation ..... p 14

Garanties d'assistance Aide aux aidants ..... p 14

14 Bilan personnalisé ..... p 14

15 Formation de l'aidant en cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé .... p 16

16 Garanties maintien à domicile proposées en cas de survenance ou d'aggravation de perte d'autonomie de l'aidé ..... p 16

17 Garanties maintien à domicile proposées en cas d'installation de l'aidé chez l'aidant ou de l'aidant chez l'aidé ..... p 16

18 Garanties en cas de placement de l'aidé en institution .. p 17

Annexe ..... p 18

Conditions d'application des garanties d'assistance ..... p 19

Services e-s@nté Apivia ..... p 22

1 Site Internet Ma santé au quotidien ..... p 22

2 Prévention - Bien-Être ..... p 22

Conditions d'application des services e-s@nté Apivia ..... p 23

Définitions ..... p 24

Réalisation Direction Groupe de la Communication, Groupe IMA - Mars 2023
Crédit photos : © Shutterstock Images LLC

GARANTIES D'ASSISTANCE
à domicile

1 - CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES D'ASSISTANCE À DOMICILE

1.1. FAITS GÉNÉRATEURS

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

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
- d'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée,
- de chirurgie ambulatoire,
- d'intervention chirurgicale comprenant une nuit et entraînant une immobilisation au domicile,
- de séjour prolongé à la maternité, de naissance multiple, de naissance grand prématuré ou de grossesse pathologique avec alitement,
- de survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation,
- de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation,
- d'accident ou maladie invalidante,
- de décès,
- de perte d'emploi,
- d'évènement traumatisant,
- lorsque l'adhérent devient aidant ou aidé,
- en cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé,

dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2. INTERVENTION

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

1.2.1. Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 3, 4, 5, 10 et 11 doit être exercée au plus tard dans les 7 jours qui suivent :

- **une immobilisation au domicile,**
- **la sortie d'une hospitalisation,**
- **un décès.**

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

1.2.2. Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.
Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères…) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un centre de convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.
En cas de maladie entraînant une hospitalisation programmée, la mise en œuvre des garanties d'assistance est limitée à 2 interventions par bénéficiaire sur 12 mois.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle. IMA ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.
Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA dans un DROM, elles sont prises en charge par IMA, en accord préalable avec elle, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

Les garanties en cas de décès s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de décès et constatées lors de l'évènement.
IMA ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.

2 - GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION

2.1. CONSEIL SOCIAL

IMA organise et prend en charge jusqu'à **5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois** avec un travailleur social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.
Le travailleur social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

2.2. INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français.
À titre d'exemple : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger.

3 - GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE ET EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

3.1. AIDE À DOMICILE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
En cas d'accident ou de maladie entraînant :
- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.
Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **20 heures** à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours. Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

3.2. PRÉSENCE D'UN PROCHE

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
En cas d'accident ou de maladie entraînant :
- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge en France le déplacement aller-retour d'un proche par train 1re classe ou avion classe économique.
IMA organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

3.3. SERVICES DE PROXIMITÉ

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
En cas d'accident ou de maladie entraînant :
- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 20 jours :

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

Portage de repas
La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas ou de les faire préparer par l'entourage*.
La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.
Le prix des repas demeure à la charge de l'adhérent.
** sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.*

Portage d'espèces

- Le transport aller-retour dans un établissement bancaire proche du domicile,
- OU bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 € lorsque ni l'adhérent ni son conjoint ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

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

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

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

3.4. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

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

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

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

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

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'interventions est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 interventions réparties sur une période maximale de 20 jours.
Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.
Cette garantie est conditionnée à la mise à disposition pour le « pet sitter » des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.
Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

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

IMA organise et prend en charge :

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

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'intervention est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 interventions réparties sur une période maximale de 20 jours.
Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

3.5. FERMETURE DU DOMICILE QUITTÉ EN URGENCE

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

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

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

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.
Si nécessaire, IMA organise et prend en charge, dans la limite de 100 €, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

3.6. PRÉPARATION DU RETOUR AU DOMICILE

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

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

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

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.
Si nécessaire, IMA organise et prend en charge, dans la limite de **100 €**, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

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

3.7. TRANSFERT POST-HOSPITALISATION CHEZ UN PROCHE

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

IMA organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation.
Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1re classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 € par trajet aller-retour.

3.8. TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

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

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA organise et prend en charge, **sur une période de 20 jours**, un transport non médicalisé aller-retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km.

4 - GARANTIES FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU PROGRAMMÉE ET/OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE

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

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.
En cas d'accident ou de maladie entraînant :
- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint ou d'un enfant.

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

Le déplacement d'un proche

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

Le transfert des enfants

Le déplacement aller-retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1re classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.
En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **20 heures** réparties sur une période maximale de 20 jours.

4.2. GARDE DES FRÈRES ET SŒURS (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

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

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

- le déplacement aller-retour d'un proche,
- ou s'il y a lieu la venue d'un intervenant habilité du lundi ou vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **20 heures** réparties sur une période maximale de 20 jours.

4.3. REMPLAÇANTE DE GARDE D'ENFANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de la garde salariée habituelle des enfants,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de la garde salariée habituelle des enfants.
En cas d'accident ou de maladie entraînant :
- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de la garde salariée habituelle des enfants.

IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **20 heures** réparties sur une période maximale de 20 jours.

4.4. CONDUITE À L'ÉCOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
En cas d'accident ou de maladie entraînant :
- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période maximale de 20 jours.
Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

4.5. CONDUITE AUX ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
En cas d'accident ou de maladie entraînant :
- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période maximale de 20 jours.

4.6. SOUTIEN SCOLAIRE À DOMICILE (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

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

Dès lors que l'enfant n'est pas en état de suivre sa scolarité, IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile.
Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 3 heures par jour.
Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours.

4.7. AIDE AUX DEVOIRS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
En cas d'accident ou de maladie entraînant :
- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile.
Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève de manière à combler les lacunes dues à son immobilisation. Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, à raison de 2 heures par enfant et par semaine.
Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 20 jours.

4.8. PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant :
- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
En cas d'accident ou de maladie entraînant :
- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

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

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

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

La garde des ascendants
Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **20 heures** réparties sur une période maximale de 20 jours.

5 - GARANTIES LIÉES À LA MATERNITÉ

5.1. AIDE À DOMICILE

À la naissance ou à l'adoption du premier enfant de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile.
Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **4 heures** (2 heures minimum par intervention) dans les 20 jours qui suivent le retour au domicile.

En cas de :
- grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours,
- OU naissance d'un enfant grand prématuré (entre le début de la 25e semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32e semaine d'aménorrhée révolue),
- OU naissance multiple.

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

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **20 heures** à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours.
Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

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

Les garanties sont acquises :
- en cas de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU en cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours,
- OU à la naissance d'un enfant grand prématuré (entre le début de la 25e semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32e semaine d'aménorrhée révolue),
- OU en cas de naissance multiple.

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

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

Le transfert des enfants
Le déplacement aller-retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1re classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.
En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants
Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **20 heures** réparties sur une période maximale de 20 jours.

5.3. ACQUISITION DES GESTES 1ER ENFANT

À la naissance ou à l'adoption du premier enfant de l'adhérent ou de son conjoint.
IMA organise et prend en charge l'envoi d'un intervenant qualifié au domicile pour faciliter l'acquisition des gestes liés à la maternité.
Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 4 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 10 jours suivant le retour au domicile.

5.4. LIVRAISON DE MÉDICAMENTS

En cas de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
Lorsqu'aucun proche n'est en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. La garantie est limitée à une livraison dans les 20 jours qui suivent le retour au domicile. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

6 - GARANTIES LIÉES À L'EMPLOI

6.1. AIDE AU RETOUR À L'EMPLOI

En cas d'accident ou de maladie invalidante de l'adhérent ou de son conjoint rendant impossible l'exercice de l'emploi actuel.
IMA propose une aide au retour à l'emploi.
Selon la situation, l'accompagnement porte sur les domaines suivants :

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

Un suivi est réalisé par le biais de 6 entretiens téléphoniques avec un travailleur social et/ou un ergothérapeute, dans les 12 mois suivant l'évènement.
Si nécessaire, une aide à la recherche d'un nouvel emploi est proposée :

- Techniques de recherche d'emploi : comment rédiger un CV et une lettre de motivation, préparer une prospection téléphonique, préparer un entretien d'embauche.
- Prospection d'offres d'emploi : mise en ligne du CV du candidat sur le site internet d'un consultant en ressources humaines, accès aux offres Intranet de ce consultant.

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

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

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

6.2. BILAN D'EMPLOYABILITÉ

En cas de perte d'emploi
IMA met en œuvre un bilan employabilité lors duquel les thèmes suivants sont abordés :

Bilan du parcours du bénéficiaire

- Identifier les acquis professionnels
- Analyser le CV existant

Pré-diagnostic des compétences, valeurs et intérêts du bénéficiaire

- Analyser les principaux traits de personnalité
- Identifier les compétences aptitudes et freins
- Identifier les valeurs

Cette garantie de 3 heures maximum, est découpée en 2 fois 1 heure de face à face, 1 heure post bilan si nécessaire et d'un travail individuel de la part du bénéficiaire.
La garantie est limitée à une fois par an.

6.3. CONSEIL 1ER EMPLOI

En cas de non activité 6 mois après l'obtention du diplôme.
IMA met en œuvre une aide au premier emploi se décomposant de la façon suivante :

- 1 RDV téléphonique,
- 2 RDV Skype de 45 min,

- une correction d'un CV et d'une lettre de motivation,
- Un suivi sur 45 jours.

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

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

7 - GARANTIES LIÉES AUX RETRAITÉS ET SENIORS

7.1. COACHING CONDUITE

IMA prend en charge (hors urgence médicale), le coaching conduite senior afin d'accompagner les compétences des conducteurs en situation de conduite, de conforter les acquis et de mettre en confiance les conducteurs âgés avec un formateur post-permis. Un livret « Code senior » est remis à l'issue de la formation.
Cette garantie est limitée à une fois sur 12 mois.

7.2. COACH RETRAITE

Afin d'aborder sereinement le départ à la retraite de l'adhérent ou de son conjoint, IMA propose :

- une aide au choix de la date de départ à la retraite,
- une évaluation des impacts sur la vie économique, sociale et familiale,
- une aide à la formulation d'un nouveau projet de vie,
- des préconisations personnalisées,
- et une aide dans les démarches.

La garantie est limitée à 6 entretiens téléphoniques avec un travailleur social sur une période de 12 mois.

8 - GARANTIES EN CAS D'ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT

8.1. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

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

IMA organise et prend en charge selon la situation :

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

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

9 - GARANTIES EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE

- En cas de déclaration, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,
- OU en cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,
- OU en cas d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,

IMA organise et prend en charge les garanties ci-dessous à utiliser sur une période de 12 mois à compter de la survenance de l'évènement.
Dans l'attente de la réception du certificat médical, adressé sous pli confidentiel à l'attention des médecins d'IMA, des mesures conservatoires d'aide à domicilepeuvent être mises en œuvre à concurrence de 6 heures sur une semaine. Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation.
Ces garanties ne sont pas cumulables avec les garanties décrites aux points 3, 4 et 11.

9.1. ENVELOPPE DE SERVICES

IMA met à disposition du bénéficiaire une enveloppe de services limitée à 50 unités de consommation.
Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois.
Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.
Le nombre d'unité ne pourra être modifié dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties et que celles-ci auront débuté.

Cf. tableau enveloppe de services et décompte en unité

9.2. TÉLÉASSISTANCE

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

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

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

9.3. BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

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

9.4. SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA met en relation avec une structure du Groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du Code civil, dans la limite d'un dossier par évènement.
Le service comprend :

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

Le coût des travaux reste à la charge du bénéficiaire qui doit transmettre à la structure du Groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la copie de la facture acquittée.
La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

10 - GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant :
- à plus de 50 km du domicile et lors d'un déplacement d'une durée inférieure à 90 jours pour la garantie décrite à l'article 10.1,
- sans condition de franchise et de durée pour les garanties décrites aux autres articles.

10.1. RAPATRIEMENT DE CORPS

IMA organise et prend en charge le transport du corps. Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France Métropolitaine si le domicile de l'adhérent est situé en France Métropolitaine, ou dans la collectivité de résidence si le domicile de l'adhérent est situé dans un DROM. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les formalités, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante (entrée de gamme) si la mise en bière est intervenue préalablement au transport en vertu d'une obligation réglementaire, ou la prise en charge du rapatriement de l'urne funéraire si la crémation a lieu sur le lieu de décès.
Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille.

10.2. AIDE À LA RECHERCHE D'UN PRESTATAIRE FUNÉRAIRE

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

10.3. AUTRES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint.
IMA organise et prend également en charge les garanties suivantes :

- aide à domicile(dans les conditions décrites à l'article 3.1),
- présence d'un proche (dans les conditions décrites à l'article 3.2),
- prise en charge des enfants (dans les conditions décrites à l'article 4.1),
- conduite à l'école et aux activités extrascolaires (dans les conditions décrites aux articles 4.4 et 4.5),
- prise en charge des ascendants vivants au domicile (dans les conditions décrites à l'article 4.8),
- prise en charge des animaux domestiques (dans les conditions décrites à l'article 3.4).

11 - GARANTIES EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE OU D'INTERVENTION CHIRURGICALE COMPRENANT UNE NUIT

11.1. AIDE À DOMICILE

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.
IMA organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.
Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **10 heures** à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 10 jours.
Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

11.2. PRÉSENCE D'UN PROCHE

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.
IMA organise et prend en charge le déplacement aller-retour d'un proche par train 1re classe ou avion classe économique.
IMA organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit

11.3. SERVICES DE PROXIMITÉ

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 10 jours.

Livraison de médicaments

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

Portage de repas

La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas ou de les faire préparer par l'entourage*.
La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.
Le prix des repas demeure à la charge de l'adhérent.

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

Portage d'espèces

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

lorsque ni l'adhérent ni son conjoint ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.
La somme avancée devra être remboursée à IMA dans un délai de 30 jours.

Livraison de courses

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

Coiffure à domicile

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

11.4. TRANSFERT CONVALESCENCE CHEZ UN PROCHE

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation.
Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1re classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 € par trajet aller-retour.

11.5. TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA organise et prend en charge, sur une période maximale de 10 jours, un transport non médicalisé aller-retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km.

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

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

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

Le déplacement d'un proche

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

Le transfert des enfants

Le déplacement aller-retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1re classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.
En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **10 heures** réparties sur une période maximale de 10 jours.

11.7. GARDE DES FRÈRES ET SŒURS (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit d'un enfant et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

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

- le déplacement aller-retour d'un proche,
- OU s'il y a lieu la venue d'un intervenant habilité du lundi ou vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder **10 heures** réparties sur une période maximale de 10 jours.

11.8. CONDUITE À L'ÉCOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 2 semaines.
Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

11.9. CONDUITE AUX ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période de 2 semaines.

12 - GARANTIES EN CAS DE DÉPLACEMENT

12.1. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance déplacement s'appliquent en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible d'un bénéficiaire survenu lors d'un déplacement.

12.2. INTERVENTION

Les garanties s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'évènement.
IMA ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.
IMA ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.
Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'évènement donnant lieu à l'intervention d'IMA restent à sa charge (titre de transport, repas …).
Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle. **IMA ne participe pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative.** Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

12.3. ASSISTANCE AUX PERSONNES

12.3.1. Rapatriement médical

Lorsque les médecins d'IMA, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident du rapatriement et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), IMA organise et prend en charge le retour du patient à son domicile ou dans un hôpital adapté proche de son domicile.
Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins d'IMA, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé.
Si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, IMA organise et prend en charge le retour des autres bénéficiaires à leur domicile.
Lorsque le rapatriement concerne un enfant de moins de 16 ans non accompagné, IMA organise et prend en charge systématiquement le voyage aller-retour d'un proche, afin qu'il accompagne cet enfant dans son déplacement. Lorsque le voyage d'un proche est impossible, IMA fait accompagner cet enfant par une personne habilitée.

12.3.2. Attente sur place d'un accompagnant

Lorsque le bénéficiaire, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de 10 jours, IMA organise et prend en charge l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement pour 10 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

12.3.3. Prolongation de sejour pour raisons médicales

Lorsque des soins ont été dispensés à un bénéficiaire et qu'il n'est pas jugé transportable vers son domicile par les médecins d'IMA, alors que son état médical ne nécessite pas une hospitalisation, IMA organise et prend en charge son hébergement pour 10 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

12.3.4. Voyage aller-retour d'un proche

Lorsque le bénéficiaire, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 10 jours et qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA organise et prend en charge le transport aller-retour d'un proche pour se rendre à son chevet, ainsi que son hébergement pour 10 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

12.4. FRAIS MÉDICAUX ET D'HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER

IMA, en complément des prestations dues par les organismes sociaux français, prend en charge, déduction faite d'une franchise de 30 €, les frais médicaux et d'hospitalisation engagés sur place à concurrence de 10 000 € par bénéficiaire, sous réserve que celui-ci ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie. Ce plafond est ramené à 80 € pour les soins dentaires.
Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins d'IMA et seront limités à la période pendant laquelle ils jugeront le patient intransportable.
Dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux,

ces frais médicaux et d'hospitalisation font l'objet d'une avance. Le bénéficiaire s'engage :

- à effectuer, dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés et à transmettre à IMA les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus,
- à reverser sans délai à IMA les remboursements dont il a bénéficié à hauteur de la somme avancée par IMA.

13 - GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION : ACCOMPAGNEMENT PRÉ ET POST HOSPITALISATION

IMA propose au bénéficiaire un accompagnement personnalisé avant et après une hospitalisation avec :

Un parcours personnalisé en ligne
Le parcours est accessible depuis votre espace adhérent :

www.apivia.fr

Le site propose un parcours personnalisé en ligne avec des conseils avant l'intervention, puis au retour au domicile.

Un accompagnement par la plateforme médico-sociale
L'accompagnement est réalisé au travers d'entretiens téléphoniques avec une infirmière diplômée d'état sous la responsabilité d'un médecin. Il permet de faire le point avec l'adhérent, lui apporter des conseils adaptés à sa situation et de répondre à ses questions. Il est composé :

- d'un appel avant l'intervention pour bien préparer son hospitalisation et anticiper sa sortie : anesthésie, formalités, gestion de l'anxiété, règles d'hygiène et d'alimentation, aides nécessaires au retour au domicile…
- d'un appel au retour au domicile pour favoriser un bon rétablissement : surveillance des principaux signes cliniques et symptômes (douleur, fièvre, cicatrice, nausées…), compréhension des ordonnances de sortie et mise en place de son suivi médical, reprise des activités quotidiennes…
- et si l'infirmière l'estime opportun, d'un suivi allant jusqu'à 3 entretiens téléphoniques avec l'infirmière.

Le service est ouvert dès l'annonce de l'hospitalisation, et jusque dans les 30 jours suivant le retour au domicile.
Le service est accessible du lundi au samedi, hors jours fériés.
L'accompagnement téléphonique sera uniquement délivré au bénéficiaire hospitalisé. Toutefois en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 18 ans, il pourra l'être à l'un de ses parents ou représentants légaux.

14 - BILAN PERSONNALISÉ

Ces garanties s'appliquent sur appel de l'aidé ou de l'aidant.

14.1. RECHERCHE MÉDECIN, INFIRMIER, INTERVENANT PARAMÉDICAL

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'évènement ne relève pas de l'urgence, IMA communique les coordonnées d'un médecin.
De la même façon, IMA peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communiquer les coordonnées d'un infirmier ou des intervenants paramédicaux.

14.2. INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français dans des domaines tels que : famille, santé, droit du travail, retraite, perte d'autonomie, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique (tutelle, curatelle, assurance choix d'une structure d'accueil, allocation personnalisée d'autonomie…).

14.3. INFORMATIONS MÉDICALES

Une équipe médicale communique des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

- Perte d'autonomie : attitudes préventives pour prévenir les chutes, conseils sur la santé et informations sur les risques médicaux.
- Conseils et prévention en matière de voyage, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation.
- Loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratique de sports à risques.

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.
En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

14.4. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

IMA organise et prend en charge selon la situation :

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

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'évènement. La garantie est accessible 24h/24.

14.5. BILAN PERSONNALISÉ

IMA organise et prend en charge un bilan personnalisé réalisé par un travailleur social. Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de l'aidé en prenant en compte sa ou ses problématiques.

- Réalisation d'un diagnostic pour identifier les besoins et repérer les points de vigilance,
- aide à la réflexion et à la décision,
- envoi d'une note de synthèse,
- si nécessaire, un suivi téléphonique sur 6 mois peut être proposé pour la coordination et la mise en œuvre du plan d'actions.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, et doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement. Cette garantie est limitée à 2 bilans sur 12 mois.

À l'issue de ce bilan et si la situation le nécessite, deux accompagnements complémentaires sont mis en place parmi la liste de garanties ci-dessous :

- nutrition prévention santé,
- bilan situationnel au téléphone par un ergothérapeute,
- bilan mobilité,
- accompagnement budgétaire,

14.6. NUTRITION PRÉVENTION SANTÉ

Chaque bénéficiaire peut solliciter, une fois sur une période de 12 mois, des conseils diététiques par téléphone, du lundi au vendredi, de 9h à 17h hors jours fériés, plus particulièrement :

- pour prévenir les risques liés à l'alimentation : dénutrition, problèmes de déglutition, de mastication…
- des conseils et des réponses aux questions sur les déséquilibres alimentaires chez les personnes dépendantes et le maintien du plaisir de manger…

Un bilan nutritionnel peut être réalisé, à la charge de l'aidant ou de l'aidé.
La garantie est accessible suite au bilan personnalisé réalisé par un travailleur social.

14.7. BILAN SITUATIONNEL AU TÉLÉPHONE PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA organise et prend en charge un bilan téléphonique avec un ergothérapeute.
Cette garantie prend en compte l'évaluation à distance de la situation de la personne dans son lieu de vie. Elle répond aux besoins des personnes pour lesquelles une intervention rapide est souhaitée pour une problématique très ciblée (entrer et sortir de la baignoire, utiliser son véhicule…), ne nécessitant pas une intervention sur site.

Elle comprend :

- Le recueil des éléments de contexte sur la situation de la personne : personne en situation de fragilité, sortie d'hospitalisation, de SRR (soins de suite et de réadaptation), immobilisation temporaire, handicap ou dépendance, situation d'aidant…
- Le recueil des données relatives aux capacités du bénéficiaire, aux habitudes de vie, à l'environnement matériel, architectural et humain, à l'organisation en place.

Cette évaluation est complétée par des conseils et si besoin des préconisations sur les aides techniques, les possibilités d'aménagement, les orientations vers le réseau local (associations locales…)…
À la fin de ce bilan, une note faisant état des solutions et préconisations évoquées au téléphone est adressée au bénéficiaire et/ou ses proches : documentations, illustrations, information sur les coûts… pour permettre la mise en œuvre effective.
Cette prestation répond à la problématique du bénéficiaire direct et à celle de ses aidants non professionnels à domicile. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance des personnes aidées et à faciliter la relation d'aide des personnes aidantes dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.
Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.
La garantie est accessible suite au bilan personnalisé réalisé par un travailleur social

14.8. BILAN MOBILITÉ

IMA organise et prend en charge un bilan pour le binôme aidant/aidé une fois sur une période de 12 mois.
Cette garantie effectuée par un éducateur en activité physique adaptée prend en compte :

- un bilan d'1h30 au domicile du bénéficiaire avec notamment des propositions d'exercices à faire chez soi pour préserver son capital santé, un bilan des capacités d'équilibre et de marche pour l'aidé ou l'évaluation des capacités physiques générales…
- un accès illimité à des cours collectifs pendant un trimestre.

La garantie est accessible suite au bilan personnalisé réalisé par un travailleur social.

14.9. ACCOMPAGNEMENT BUDGÉTAIRE

IMA propose d'analyser le budget familial, de fixer des objectifs pour le rééquilibrer, de réaliser une série de recommandations adaptées à la situation globale de l'adhérent et de son conjoint, de mettre à disposition des fiches pratiques ainsi qu'un livret de compte pour le suivi du budget.
Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 6 entretiens téléphoniques avec un conseiller en économie sociale et familiale sur 12 mois.
La garantie est accessible suite au bilan personnalisé réalisé par un travailleur social.

15 - FORMATION DE L'AIDANT EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ

15.1. FORMATION DE L'AIDANT

IMA organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile (2 interventions de 2 heures) afin de faciliter le quotidien de l'aidant grâce à :

- l'étude de l'organisation du quotidien,
- l'aide à l'acquisition des gestes et postures dans la vie quotidienne et la manutention de personnes (lever, toilette, habillage…),
- l'apprentissage de matériels spécifiques, appareillages, aides techniques,
- l'acquisition des savoir-être et savoir-faire nécessaires pour accompagner et vivre avec des personnes présentant des troubles cognitifs de type démence, cérébro-lésion (aider à gérer la fatigabilité, éviter l'apparition des « troubles du comportement », communiquer plus efficacement…),
- des conseils pour favoriser la pérennité de la relation d'aide harmonieuse.

Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

16 - GARANTIES MAINTIEN À DOMICILE PROPOSÉES EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ

16.1. BILAN SITUATIONNEL AU DOMICILE PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'aidant ou de l'aidé si l'aidé vit chez l'aidant.
Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de vie : évaluation des capacités de la personne, de ses habitudes de vie, de l'organisation en place, de son environnement (équipements, cadre bâti, environnement humain…). Cette évaluation est complétée par l'envoi d'un rapport consignant et illustrant les solutions proposées pour en permettre la mise en œuvre (nouvelle organisation, équipements, croquis des aménagements éventuels, informations sur les coûts, documentation et adresses de proximité).

Cette garantie répond à la problématique de l'aidé et à celle de l'aidant non professionnel à domicile. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance de la personne aidée et à faciliter la relation d'aide de la personne aidante dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.
Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

16.2. SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA se met en relation avec une structure du Groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du Code civil, dans la limite d'un dossier par évènement.
Le service comprend :

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

Le coût des travaux reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé qui doit transmettre au Groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.
Cette garantie est limitée à 1 dossier par évènement et doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

16.3. TÉLÉASSISTANCE

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

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

Au-delà de la prise en charge d'IMA, l'aidant ou l'aidé pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'adhérent.
Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

17 - GARANTIES MAINTIEN À DOMICILE PROPOSÉES EN CAS D'INSTALLATION DE L'AIDÉ CHEZ L'AIDANT OU DE L'AIDANT CHEZ L'AIDÉ

17.1. BILAN SITUATIONNEL AU DOMICILE PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'aidant ou de l'aidé si l'aidé vit chez l'aidant.
Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans

son lieu de vie : évaluation des capacités de la personne, de ses habitudes de vie, de l'organisation en place, de son environnement (équipements, cadre bâti, environnement humain…). Cette évaluation est complétée par l'envoi d'un rapport consignant et illustrant les solutions proposées pour en permettre la mise en œuvre (nouvelle organisation, équipements, croquis des aménagements éventuels, informations sur les coûts, documentation et adresses de proximité).
Cette prestation répond à la problématique de l'aidé et à celle de l'aidant non professionnel à domicile. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance de la personne aidée et à faciliter la relation d'aide de la personne aidante dans l'optique d'une vie à domicile sécurisée et pérenne.
Cette garantie doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

17.2. SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA se met en relation avec une structure du Groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du Code civil, dans la limite d'un dossier par évènement.
Le service comprend :

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

Le coût des travaux reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé qui doit transmettre au Groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.
Cette garantie est limitée à 1 dossier par évènement et doit être exécutée dans les 24 mois suivant l'évènement.

17.3. AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

IMA communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.
Le prix du déménagement reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

17.4. NETTOYAGE DU LOGEMENT QUITTÉ

IMA organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté dans la limite de 500 €, dans les 24 mois suivant l'évènement.

18 - GARANTIES EN CAS DE PLACEMENT DE L'AIDÉ EN INSTITUTION

18.1. AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

IMA communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.
Le prix du déménagement reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

18.2. NETTOYAGE DU LOGEMENT QUITTÉ

IMA organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté dans la limite de 500 €, dans les 24 mois suivant l'évènement.

ANNEXE

enveloppe de services en cas de maladie redoutée visée à l'article 9.1

Le décompte en unité correspond aux garanties suivantes :

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

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

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

*** Dans un rayon de 50 km.*

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

CONDITIONS D'APPLICATION
des garanties d'assistance

IMA intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires aux numéros suivants :
0 970 820 692 ou (+33) 05 49 34 82 80

TERRITORIALITÉ

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre), et dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Guyane et Réunion).
Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

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

Les garanties décès s'appliquent pour tout décès survenu tant en France qu'à l'étranger.

Les garanties déplacement sont accordées pour tout déplacement à but touristique ou professionnel d'une durée inférieure à 90 jours :

- en France à plus de 50 km du domicile, à l'exception de la garantie Frais Médicaux et d'hospitalisation acquise uniquement à l'étranger,
- à l'étranger sans franchise kilométrique.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

La mise en œuvre des garanties Aide aux aidants est soumise à la transmission :

- d'un justificatif de perte d'autonomie de l'aidé,
- d'un nouveau justificatif de perte d'autonomie de l'aidé en cas d'aggravation de la situation.

IMA se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement générant la mise en œuvre des autres garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès…) ainsi que l'envoi d'une attestation de l'employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

INFRACTION

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

FAUSSE DÉCLARATION

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

FORCE MAJEURE

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

REFUS DU BÉNÉFICIAIRE

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

EXCLUSIONS

EXCLUSIONS POUR L'ASSISTANCE DOMICILE

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

- **dans des établissements et services psychiatriques, gérontologiques et gériatriques,**
- **liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,**
- **liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.**

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

b)Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :
Les décès par suicide s'ils surviennent moins d'un an à compter de la date d'effet des garanties.
Les décès consécutifs :

- **à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,**
- **à la pratique, à titre professionnel, de tout sport,**
- **à la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée,**
- **à la participation à des démonstrations, acrobaties, rallyes, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,**
- **à la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à des guerres civiles ou étrangères, à des**

attentats, à des émeutes, à des insurrections, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent ces évènements et quels que soient les protagonistes,
- à un état ou à un accident résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ou à l'absorption d'alcool (le cas échéant : si le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal de tolérance),
- aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

EXCLUSIONS POUR L'ASSISTANCE DEPLACEMENT
Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :
- Les affections ou lésions n'empêchant pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement et dont le traitement peut être différé à son retour,
- Les maladies chroniques, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement et comportant un risque d'aggravation brutal ou proche,
- Les convalescences et affections en cours de traitement et non encore guéries au moment du déplacement,
- Les évènements, et leurs conséquences, survenus lors de la pratique de sports à titre professionnel ou dans le cadre d'une compétition.
- Les soins externes (toutes consultations ou tous examens complémentaires, actes de kinésithérapie ou de pansement, soins optiques réalisés en cabinet ou en établissement hospitalier public ou privé, sans hospitalisation),
- Les frais médicaux engagés en France,
- Les états de grossesse dans le cadre de leur déroulement normal, sauf complication imprévue,
- Les frais de repas autres que le petit-déjeuner, ainsi que les frais de téléphone et de bar en cas d'hébergement pris en charge par IMA au titre des garanties,
- Les frais de transports primaires, de secours d'urgence et les frais de recherche,
- Les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé ainsi que les déplacements pour greffe d'organe.
La preuve de l'exclusion incombe à IMA.

VIE DU CONTRAT

DURÉE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité du contrat santé souscrit auprès d'Apivia Macif Mutuelle.

RÉSILIATION

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

PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :
1) en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA en a eu connaissance,
2) en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

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

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

RÉCLAMATION ET MÉDIATION

Une réclamation est une déclaration actant d'un mécontentement concernant les garanties d'assistance mises en œuvre, ou la relation avec IMA/ASSURIMA/l'Assisteur au cours de cette mise en œuvre (une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation).

En cas de réclamation, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA/ d'ASSURIMA/de l'Assisteur par courriel depuis le site **www.ima.eu**, Réclamations ou par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT Cedex 09.

Le Service Consommateur s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables suivant son envoi, et à y apporter une réponse dans un délai de deux mois maximum.

Si le désaccord persiste après la réponse du Service Consommateur ou en l'absence de réponse dans le délai règlementaire, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09. La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données recueillies feront l'objet de traitements par Apivia Macif Mutuelle, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution des contrats d'assurance. Elles seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Vos données feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.
Vos données pourront également être traitées dans le cadre des activités de prospection et gestion commerciales d'Apivia Macif

Mutuelle et des entités de son Groupe (Aéma Groupe). Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Le cas échéant, vous pouvez retirer votre consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.

Nous vous informons également que tout consommateur peut s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez vous opposer à la prospection commerciale, exercer vos autres droits et adresser toute demande d'information concernant vos données personnelles sur le site https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles depuis le formulaire d'exercice des droits ou par voie postale à MACIF, Direction Générale – Protection des Données Personnelles, 1 rue Jacques Vandier, 79000 NIORT ou directement auprès du distributeur de votre contrat.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Toutes les précisions sur la protection de vos données et notamment les destinataires sont accessibles dans la rubrique donnée personnelles sur notre site : https://www.macif.fr/assurance/particuliers/donnees-personnelles.

SERVICES

e-s@nté Apivia

En complément des garanties d'assistance, Apivia Macif Mutuelle propose les services e-s@nté par l'intermédiaire d'IMA SERVICES.

1 - SITE INTERNET MA SANTÉ AU QUOTIDIEN

IMA SERVICES met à disposition de l'adhérent un site Internet accessible à partir de l'adresse suivante :

www.apivia.fr

via un accès sécurisé et illimité 24h/24 et 7j/7. Lors de la première connexion, il sera demandé le nom, prénom et numéro de l'adhérent.
Le site propose :

- une information générale sur les garanties d'assistance,
- des contenus sur les grands principes de la prévention,
- un suivi de ses vaccins, examens et dépistages : recommandations générales et rappel des prochaines échéances santé.

2 - PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE

IMA SERVICES propose d'informer et de conseiller le bénéficiaire pour l'aider à adopter des comportements bénéfiques pour sa santé et son bien-être en améliorant ses habitudes de vie. Cela se traduit par :

Une évaluation et des conseils personnalisés en ligne
Les contenus sont accessibles depuis le site Internet cité à l'article précédent.
Le site propose au bénéficiaire :

- une évaluation globale pour faire le point sur son bien-être et sa santé,
- des contenus personnalisés selon son profil : alimentation, activité physique, sommeil, stress, tabac…

Un coaching motivationnel par la plateforme médico-sociale
Le coaching motivationnel est réalisé au travers d'entretiens téléphoniques avec une infirmière diplômée d'état sous la responsabilité d'un médecin. Il est réalisé dans le cadre d'appels programmés dont le nombre est fonction du profil du bénéficiaire, et peut aller jusqu'à 4 appels durant une période de 6 mois.

Les principales thématiques traitées sont : le suivi santé, l'activité physique, les règles hygiéno-diététiques, le stress, le tabac, visant à prévenir l'apparition ou à maîtriser les facteurs de risques, des conseils adaptés aux principales maladies chroniques ainsi qu'aux fragilités liées au vieillissement…

Le service est accessible du lundi au samedi, hors jours fériés.

CONDITIONS D'APPLICATION
des services e-s@nté Apivia

IMA SERVICES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires aux numéros suivants :

0 970 820 692 ou (+33) 05 49 34 82 80

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

INTER MUTUELLES ASSISTANCE SERVICES, société par actions simplifiée au capital de 3 553 329 €, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT Cedex 09, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de NIORT sous le numéro 430.336.552, collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre de l'exécution de du contrat et suite au recueil du consentement du bénéficiaire :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat,
- des données relatives à la situation familiale,
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres,
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices,
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les prestations d'assistance,
- des données relatives aux habitudes de vie, à la condition physique et la santé aux fins de mise en œuvre du programme d'accompagnement personnalisé pour lesquelles le bénéficiaire a donné son consentement.

Ces données sont utilisées par IMA SERVICES pour :

- la passation des contrats,
- la gestion des contrats,
- l'exécution des contrats,
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux,
- les opérations relatives à la gestion des clients concernant un programme de fidélité et le suivi de la relation client, notamment la passation d'enquête de satisfaction,
- les opérations de prospection téléphonique et par courrier,
- la lutte contre la fraude,
- la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Avec le consentement du bénéficiaire, ces données peuvent être utilisées à des fins de prospection électronique afin de lui proposer des produits équivalents ou complémentaires à la garantie d'assistance.

Elles sont susceptibles d'être transmises à ses partenaires intervenant dans la mise en œuvre des services auxquels le bénéficiaire a droit. Elles peuvent être accessibles ou transmises aux administrateurs habilités de l'hébergeur en cas d'opérations d'administration et de maintenance du portail ainsi qu'à la société HEALTHWAYS, sous forme anonymisée, aux fins d'études statistiques. Les données ne sont en aucun cas cédées à un tiers à des fins commerciales. Les données enregistrées sur l'espace personnel digitalisé (agenda, carnet de vaccination…) ne sont accessibles à personne, à l'exception des administrateurs habilités de l'hébergeur en cas d'opérations d'administration et de maintenance du portail.

Des enregistrements des conversations téléphoniques avec la plateforme médico-sociale sont susceptibles d'être effectués par IMA SERVICES pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Ces enregistrements sont destinés aux seules personnes habilitées par le Responsable de Traitement. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer son consentement au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 NIORT / dpo@ima.eu. Dans ce cas, le bénéficiaire ne peut plus bénéficier des services proposés.

Les données sont conservées chez un hébergeur de données de santé agréé par l'ASIP (la société NETPLUS) pour toute la durée du contrat ; elles sont ensuite archivées pendant la durée de la prescription.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime ainsi du droit de définir des directives relatives au sort de ses données contenues dans son espace personnel après sa mort. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès d'IMA SERVICES, aux coordonnées suivantes : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 NIORT – dpo@ima.eu.

Dans ce cadre, le bénéficiaire peut demander à tout moment la suppression de son espace personnel et des données qui s'y trouvent. Une telle suppression est définitive, IMA SERVICES ne conservant pas les informations et documents stockés dans cet espace dédié.

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la notice, les termes ci-après doivent être entendus avec les acceptions suivantes :

ACCIDENT CORPOREL

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

ACCIDENT OU MALADIE INVALIDANTE

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

ADHÉRENT

Adhérent ayant souscrit un contrat « Vitamin' », « Sakifo » ou « Vitalité » auprès d'Apivia Macif Mutuelle.

AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Modification de l'état de dépendance d'une personne attestée par :

- le changement de catégorie de l'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH),
- ou l'évolution des droits pour la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- ou le changement de classement GIR de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

AIDANT

L'adhérent qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche et qui n'est pas salarié pour cette aide.

AIDÉ

Le proche dont la perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne.

ANIMAUX DOMESTIQUES

Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquets, perruches, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'Inde, gerbilles, écureuils de Corée).

BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

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

Pour l'assistance à l'adhérent aidant
L'adhérent auprès d'Apivia Macif Mutuelle et l'aidé si l'adhérent est en situation d'aidant.

BÉNÉFICIAIRES DES SERVICES E-S@NTÉ

L'adhérent ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants de plus de 18 ans et ascendants directs.

CENTRE DE CONVALESCENCE

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les centres de convalescence ne sont pas considérés comme des établissements hospitaliers.

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, n'incluant pas de nuit d'hospitalisation.

DOMICILE

Pour l'assistance à domicile et en déplacement
Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

Pour l'assistance à l'adhérent aidant
Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'aidant ou de l'aidé en France.
Ne sont pas assimilés au domicile les établissements, médicalisés ou non, ayant pour vocation d'accueillir des personnes en perte d'autonomie.

FRANCE

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

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

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

HOSPITALISATION PROGRAMMÉE

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

IMMOBILISATION

L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

IMMOBILISATION IMPRÉVUE

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

INTERVENTION CHIRURGICALE

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, incluant une seule nuit d'hospitalisation.

LISTE DES PATHOLOGIES LOURDES

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

MALADIE

En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue
Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

En cas d'hospitalisation programmée
Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

PERTE D'AUTONOMIE

État d'une personne qui relève des droits :

- à l'Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6,
- ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.

PROCHE

Pour l'assistance à l'adhérent aidant
Ascendant direct, conjoint de droit ou de fait, descendant direct. Toute personne vivant au domicile de l'adhérent.

Les conditions générales présentées ci-après proposent des garanties de protection juridique « recours médical », dans les conditions définies ci-dessous, aux adhérents ayant souscrit un contrat auprès d'Apivia Macif Mutuelle.

Les garanties sont assurées par MATMUT PROTECTION JURIDIQUE, société ayant reçu agrément par arrêté du 1er octobre 1999 pour pratiquer les opérations correspondant à la branche 17 (protection juridique) mentionnée à l'article R.321-1 du Code des Assurances. Société anonyme au capital de 7 500 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des Assurances N° 423 499 391 RCS ROUEN. Siège Social - 66 Rue de Sotteville - 76100 ROUEN.

SOMMAIRE
Les conditions générales de protection juridique

Garanties et conditions d'application Protection Juridique « Recours Médical » ..... p 26

1 L'objet du contrat ..... p 27

2 Les litiges ou différends garantis ..... p 27

3 Les services dont vous bénéficiez ..... p 27

4 Les exclusions générales ..... p 27

5 La mise en œuvre de la garantie et les modalités d'intervention ..... p 27

6 La subrogation ..... p 29

7 La prescription ..... p 29

8 L'arbitrage ..... p 29

9 Le traitement des réclamations ..... p 29

10 L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurance ..... p 30

11 La protection des données personnelles ..... p 30

Annexe ..... p 34

Définitions ..... p 35

Réalisation Direction Groupe de la Communication, Groupe IMA - Mars 2023

Crédit photos : © Shutterstock Images LLC

GARANTIES ET CONDITIONS D'APPLICATION
Protection Juridique « Recours Médical »

Matmut Protection Juridique intervient du lundi au vendredi, de 8h à 18h à la suite d'appels émanant des bénéficiaires aux numéros suivants :

0 970 820 692 ou **(+33) 05 49 34 82 80**

1 - L'OBJET DU CONTRAT

Il est destiné à vous permettre de bénéficier d'une garantie de Protection Juridique « Recours Médical » dans les conditions visées à la présente notice d'information.

2 - LES LITIGES OU DIFFÉRENDS GARANTIS

La garantie de Protection Juridique « Recours Médical » vous est acquise en cas de litige ou de différend vous opposant à un tiers et résultant d'un accident médical susceptible :

- de répondre à la qualification d'aléa thérapeutique,
- d'engager la responsabilité d'un hôpital, d'une clinique, du corps médical, paramédical ou pharmaceutique, d'une entreprise de transport sanitaire agréée, d'un producteur, exploitant ou distributeur de produits de santé

et s'étant produit :

- durant la période où vous conservez la qualité d'assuré,
- et pendant la durée du contrat collectif d'assurance de Protection Juridique nous liant à la Mutuelle,
- et en France Métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer et en Principauté de Monaco.

3 - LES SERVICES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ

Nous mettons à votre disposition :

- **un service d'Assistance Juridique par téléphone** qui répond aux questions **d'ordre juridique** que vous vous posez, vous informe sur vos droits, vous apporte une aide afin de prendre une décision et de trouver une solution à vos problèmes,
- **un service d'Assistance Juridique** sur rendez-vous lorsqu'un examen particulier de votre situation est nécessaire,
- **un service de gestion des sinistres** qui prend les mesures utiles afin de faire valoir vos droits à l'amiable et, au besoin, vous donne les moyens d'en poursuivre l'exercice en justice.

4 - LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Sont exclus les litiges ou différends :

- ***dont les éléments constitutifs étaient connus de vous antérieurement à votre adhésion à la Mutuelle ou à la date de prise d'effet du présent contrat collectif d'assurance de Protection Juridique,***
- ***dont la déclaration est postérieure à la date à laquelle vous avez perdu la qualité d'assuré ou à la date à laquelle le contrat collectif de Protection Juridique a cessé ses effets,***
- ***relatifs à la responsabilité médicale des entreprises d'assistance,***
- ***ayant un intérêt financier inférieur à 150 € ou nécessitant une intervention devant les tribunaux lorsque la somme, en principal, à récupérer ou à payer est inférieure à 760 €,***
- ***relevant :***
  - ***du Conseil d'État ou de la Cour de Cassation et ayant un intérêt financier inférieur à 3 000 €,***
  - ***d'instances communautaires et/ou internationales,***
- ***portant sur les questions prioritaires de constitutionnalité.***

5 - LA MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE ET LES MODALITÉS D'INTERVENTION

QUE DEVEZ-VOUS FAIRE EN CAS DE LITIGE OU DIFFEREND GARANTI ?

Dès que vous avez connaissance d'un litige ou d'un différend, vous devez :

TÉLÉPHONER AU 0 970 820 692
(numéro non surtaxé)
du lundi au vendredi de 8 h à 18 h

Ce numéro vous permet d'accéder à une équipe de juristes par téléphone qui répond aux questions d'ordre juridique que vous vous posez, vous informe sur vos droits ou vos obligations.
Si nécessaire, vous pourrez bénéficier d'un rendez-vous avec un juriste.

Vous pouvez également :

FAIRE UNE DÉCLARATION PAR ÉCRIT

Cette déclaration doit être effectuée, au plus tard dans les 5 jours ouvrés courant à partir de la date à laquelle vous en avez eu connaissance, à **Matmut** *Protection Juridique,* TSA 60047, 76729 ROUEN Cedex.

Vous devez :

- nous communiquer l'intégralité des renseignements et documents se rapportant au litige ou différend déclaré, notamment un résumé des faits, les coordonnées de la partie adverse, une copie des pièces constitutives de votre litige (comptes rendus d'hospitalisations, ordonnances, devis, factures, témoignages, convocations, …),
- nous faire connaître l'existence d'autres assurances portant sur le même risque.

En cas d'inexécution de vos obligations, nous serons fondés à vous réclamer une indemnité proportionnelle au préjudice que ce manquement nous aura causé.
Vous serez déchu de tout droit à garantie pour le litige ou différend en cause :

- **si vous faites de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances d'un litige ou différend,**
- **si vous employez comme justifications des moyens frauduleux ou des documents mensongers,**
- **en cas de retard dans la déclaration du sinistre dès lors que ce manquement nous cause un préjudice.**

QUE FAISONS-NOUS EN CAS DE LITIGE OU DE DIFFÉREND GARANTI ?

Nous nous engageons à :

- réclamer l'indemnisation de votre préjudice.

Pour ce faire :

- nous vous fournissons les avis et services appropriés à la recherche d'une solution amiable. Lorsqu'il doit être fait appel à un avocat ou à une personne qualifiée, vous avez toute liberté pour recourir aux services du professionnel de votre choix.
  Vous disposez aussi de la possibilité de choisir votre avocat ou la personne qualifiée en cas de conflit d'intérêts.
  Si votre adversaire est lui-même défendu par un avocat, vous êtes, dans les mêmes conditions, assisté ou représenté par l'avocat de votre choix.
- en cas d'échec de la procédure amiable et dans la mesure où votre position est défendable au regard des règles de droit applicables, nous participons, dans la limite du plafond et des montants indiqués en annexe, à la prise en charge des frais et honoraires de l'avocat ou de la personne qualifiée saisi(e) de la défense de vos intérêts.
  Vous conservez durant toute la procédure la conduite de votre procès. Cependant, vous devez nous communiquer tous les éléments nous permettant d'apprécier préalablement le bien-fondé de ce procès et les voies de recours utilisées. Nous demeurons à votre disposition ou à celle de votre avocat pour vous apporter l'assistance juridique nécessaire.
- nous prenons en charge les frais correspondants dans les conditions précisées à l'article ci-après.

Nous cessons notre intervention si l'adversaire est sans domicile connu ou insolvable.

Dans tous les cas, vous êtes tenu de respecter l'obligation de déclaration du sinistre prévue à l'article ci-avant.

QUE PAYONS-NOUS EN CAS DE LITIGE OU DIFFÉREND GARANTI ?

Nous couvrons, dans la limite des plafond, sous-plafond et montants garantis indiqués en annexe du présent contrat :

Pour défendre et faire valoir vos droits à l'amiable

- les frais relatifs aux avis et services que nous vous fournissons,
- les frais et honoraires de la personne qualifiée ou de l'avocat que vous avez choisi(e) en cas de conflit d'intérêts,
- les frais et honoraires de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu par un avocat.

Pour défendre et faire valoir vos droits en justice

- les frais et honoraires de l'avocat ou de la personne qualifiée en charge de vos intérêts,
- les frais de procédure,
- les sommes qui pourraient être mises à votre charge au titre des dépens.

Ces frais, honoraires et sommes sont pris en charge :

- si l'action en justice qui en est la cause a été décidée en accord avec nous ou a été admise par une décision d'arbitrage visée à l'article 8 ci-après,
- si vous avez passé outre à la solution que nous vous avons proposée ou à l'avis de l'arbitre pour le litige ou le différend qui est à leur origine et avez obtenu une décision de justice plus favorable à vos intérêts,
- en cas de conflit d'intérêts.

Nous ne garantissons pas :

- **les frais, honoraires et sommes engagés avant la déclaration du litige ou différend,** sauf s'ils ont été rendus nécessaires par une mesure conservatoire d'urgence,
- **les dommages et intérêts, les amendes, leurs accessoires et majorations, les frais de recouvrement auxquels vous pourriez être condamné, ainsi que le droit de recouvrement ou d'encaissement à la charge du créancier prévu à l'article A 444-32 du Code de Commerce,**
- **les frais irrépétibles auxquels vous pourriez être condamné,**
- **les frais destinés à apporter les éléments de preuve de la réalité de votre préjudice ou de la matérialité du sinistre,**
- **les frais de saisie immobilière, de nantissement de parts sociales et de fonds de commerce pour les créances inférieures à 10 000 €,**

- **les frais consécutifs aux mesures conservatoires, de sauvegarde et/ou relevant de l'administration de votre patrimoine ou encore ceux que vous auriez dû exposer indépendamment du litige,**
- **les frais et honoraires de notaire.**

6 - LA SUBROGATION

Toutes sommes obtenues en remboursement des frais et honoraires exposés pour le règlement du litige ou différend vous reviennent par priorité lorsque, à ce titre, des dépenses sont restées à votre charge. Elles sont versées dès règlement par la partie qui succombe.

Matmut Protection Juridique est subrogée dans vos droits, conformément aux articles L 121-12 et L 127-8 du Code des Assurances, dans les autres cas.
Si la subrogation ne peut plus s'exercer de votre fait, Matmut Protection Juridique est alors libérée de tout engagement.

7 - LA PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat, qu'il s'agisse de sa validité ou de son exécution, est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui lui donne naissance, dans les conditions déterminées par les articles L 114-1, L114-2 et L114-3 du Code des Assurances.
Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur 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'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription peut être interrompue :

- **par l'une des causes ordinaires :**

- la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code Civil),
- une demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou annulée par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code Civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil),

- **ainsi que dans les cas suivants :**

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par notre Société à vous-même en ce qui concerne le paiement des cotisations ou par vous-même à notre Société en ce qui concerne le règlement des frais, honoraires et sommes garantis.

Les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription biennale, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

8 - L'ARBITRAGE

En cas de désaccord entre vous et nous sur les mesures à prendre pour régler le sinistre, vous pouvez recourir à la procédure d'arbitrage prévue à l'article L 127-4 du Code des Assurances.
Dans ce cas :

- un arbitre est désigné d'un commun accord entre vous et nous ou, à défaut, par le Président du tribunal judiciaire de votre domicile statuant selon la procédure accélérée au fond,
- sauf décision contraire du Président du tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond, les frais exposés pour la mise en œuvre de cette procédure sont à notre charge, dans la limite des plafond et montants indiqués en annexe.

Nous nous engageons à accepter les conclusions de l'arbitre.

9 - LE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Soucieux de vous offrir le meilleur accompagnement possible, nous mettons à votre service un dispositif dédié au traitement des réclamations, pour vous répondre rapidement, en toute transparence et dans le respect de vos droits.

Qu'est-ce qu'une réclamation ?
L'expression de votre mécontentement ou de votre insatisfaction à notre égard constitue une réclamation.

Une demande de service ou de prestation, une demande d'information ou d'avis n'est pas considérée comme telle.

Comment nous en faire part ?
Votre réclamation peut être formulée par courrier : **MATMUT – Gestion des réclamations – TSA 40261 – 76729 ROUEN Cedex.**

Quelles sont les étapes de traitement ?

1/ Nous vous invitons à nous faire part au plus tôt de tout désaccord sur le présent contrat, quel qu'en soit l'objet (sa souscription, sa gestion ou la mise en œuvre des garanties). Le responsable de l'agence ou du service concerné étudie votre situation avec la plus grande attention et s'efforce de vous répondre au plus tôt. Si la réponse ne peut vous être adressée dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de votre réclamation, un accusé de réception vous est envoyé. En toute hypothèse, nous nous engageons à vous répondre dans un délai maximal de 30 jours à compter de la réception de votre réclamation écrite.

2/ Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, vous pouvez solliciter notre **service « réclamations sociétaires »** à l'adresse suivante :
66 rue de Sotteville, 76030 Rouen Cedex 01
ou par mail (**service.reclamations@matmut.fr**)

Celui-ci, après examen de votre dossier, vous fait part de sa position définitive dans un délai maximal de 2 mois à compter de l'envoi de votre réclamation écrite initiale, sauf situation exceptionnelle dont il vous informe. Un accusé de réception vous parvient sous 10 jours ouvrables si la réponse ne peut vous être adressée dans ce délai.

3/ Si votre désaccord persiste, vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en écrivant à :

Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

ou en déposant votre demande sur son site internet :
www.mediation-assurance.org

Vous pouvez consulter la charte du Médiateur directement sur ce site.

Vous pouvez également solliciter directement le Médiateur de l'Assurance s'il s'est écoulé plus de 2 mois depuis l'envoi de votre réclamation initiale.

La saisine du Médiateur doit obligatoirement intervenir dans le délai d'un an à compter de l'envoi de votre réclamation initiale et aucune action contentieuse portant sur le(s) motif(s) de notre désaccord ne doit avoir été engagée auparavant.

L'avis du Médiateur de l'Assurance ne nous lie, ni vous, ni nous, chacun conservant le droit de saisir les tribunaux.

10 - L'AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DES ENTREPRISES D'ASSURANCE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

11 - LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

La présente charte est destinée à vous fournir des informations détaillées sur l'usage fait de vos données à caractère personnel (ci-après « données personnelles »), nos obligations et vos droits en la matière.

Les sociétés du Groupe Matmut collectent et traitent vos données personnelles dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, entré en application le 25 mai 2018 et de la loi du 06 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Pourquoi utilisons-nous vos données personnelles ?
Pour vous assurer, vous conseiller au mieux et pour respecter nos obligations légales.

Vos données personnelles sont collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance,
- la passation, la gestion et l'exécution de la prestation de conseil en gestion de patrimoine,
- la gestion de notre relation client et la prospection commerciale,
- l'amélioration de nos services notamment en vous proposant des produits ou services permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire,
- les études statistiques, enquêtes et sondages,
- la mise en place d'actions de prévention,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur,
- la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude,
- la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme,
- la conduite d'activités de recherche et de développement dans le cadre des finalités précitées.

Quelles données personnelles vous concernant utilisons-nous ?
Le Groupe Matmut collecte et traite uniquement les données pertinentes en fonction des finalités.

Vos données personnelles sont recueillies soit directement auprès de vous, soit indirectement auprès de tiers (tels que des partenaires, des prestataires de services, des tiers mettant à disposition des bases de données). Le Groupe Matmut s'engage à réaliser ces traitements pour les finalités définies ci-avant, en mettant en œuvre les mesures nécessaires pour garantir le respect de votre vie privée.

Quelques exemples de données personnelles traitées, regroupées par catégories :

- Identification de personnes : nom, prénom, numéro de téléphone, adresse de courrier électronique …
- Biens assurables pour l'appréciation du risque : situation géographique, type et caractéristiques de votre véhicule ou de votre habitation…
- Gestion du contrat d'assurance : numéro de sociétaire ou d'adhérent, numéro de contrat, adresse postale, adresse électronique, numéro de téléphone, montant du contrat, moyen de paiement de la cotisation…
- Santé : description des atteintes corporelles à des fins d'indemnisation des victimes, actes médicaux/montants remboursés par la sécurité sociale à des fins de versement des prestations de la complémentaire santé…
- Sinistre / Victimes : nature du sinistre, rapport d'expertise, taux invalidité/incapacité…
- Gestion de notre relation commerciale : demandes de renseignements sur les produits, contrats et services, origine de la demande, échanges avec les clients et les prospects…

Lorsque nécessaire, il vous est indiqué au moment de leur collecte si ces informations sont obligatoires ou facultatives. Le défaut de communication de données obligatoires peut conduire à ce qu'une demande ne puisse être prise en compte, à l'impossibilité de passer, gérer et exécuter un contrat d'assurance.

Qu'est-ce qui nous autorise à les utiliser ?
Votre consentement ou un autre fondement légitime

Les traitements de vos données personnelles reposent sur au moins l'un des fondements juridiques suivants :

- l'exécution d'un contrat auquel vous êtes partie ou l'exécution de mesures précontractuelles prises à votre demande,
- le respect d'une obligation légale à laquelle le responsable de traitement est soumis,
- l'intérêt légitime poursuivi par le responsable de traitement notamment la lutte contre la fraude, la prospection commerciale, la conduite d'activités de recherche et de développement.

Lorsque le traitement n'est fondé sur aucun des fondements définis ci-dessus, un accord au traitement vous sera demandé.
Dans le cadre de l'exécution du contrat (gestion d'un sinistre corporel), les sociétés du Groupe Matmut et autres destinataires peuvent être amenées à traiter des données personnelles dites sensibles, relatives à la santé des personnes. Ce traitement se fait dans le respect du secret médical. Votre consentement explicite à ce que les sociétés du Groupe Matmut et autres destinataires traitent ces données personnelles pour cette finalité précise vous sera demandé.

Qui sont les destinataires de vos données personnelles ?
Les sociétés du Groupe Matmut ne communiquent vos données qu'aux personnes et organismes intervenant dans nos relations contractuelle et commerciale.

Les destinataires de vos données personnelles, dans le cadre de leurs missions, sont :

- les collaborateurs du Groupe Matmut
- les partenaires
- les prestataires
- les sous-traitants et s'il y a lieu les délégataires de gestion et les intermédiaires en assurance
- les entités du groupe d'assurance auquel appartient le responsable de traitement (société qui détermine les finalités et les moyens des traitements de données personnelles)
- s'il y a lieu les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties
- les personnes intervenant au contrat tel que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins conseils et le personnel habilité
- l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA), les autres organismes d'assurance
- les organismes sociaux
- les personnes intéressées au contrat
- les personnes bénéficiant d'un droit de communication telles que les médiateurs professionnels, autorités de contrôle ou organismes publics habilités.

Combien de temps conservons-nous vos données personnelles ?
Le Groupe Matmut ne conserve vos données que le temps nécessaire.

Vos données sont conservées pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées, dans le respect des règles en matière de protection des données personnelles et autres obligations légales, notamment en matière de délais de prescription.

Quelques exemples de délais de conservation liés à nos activités :

DONNÉES	DURÉE DE CONSERVATION
Prospection commerciale	3 ans à compter du dernier contact émanant du prospect
Contrat d'assurance Vie	10-30 ans suite au décès de l'assuré (selon les cas et les contrats)
Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	5 ans à compter de la cessation des relations avec le prospect ou l'assuré
Lutte contre la fraude	5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude de l'assuré
Gestion des cookies	13 mois à compter de leur dépôt sur le terminal de l'utilisateur

Ces délais sont donnés à titre indicatif, les durées de conservation peuvent être allongées afin de respecter nos obligations légales et réglementaires applicables.

Où sont conservées vos données personnelles ?
Le Groupe Matmut privilégie le stockage au sein de l'Union Européenne.

Par principe, nous privilégions l'hébergement et le traitement de vos données personnelles en France ou au sein de l'Union européenne (UE) et de l'Espace Économique Européen (EEE).
Toutefois, des données personnelles peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors de l'UE et de l'EEE pour les finalités de traitement précitées.

Nous nous assurons dans ce cas que ce transfert est effectué en conformité avec la réglementation applicable et qu'un niveau de protection adéquat afin de respecter votre vie privée est assuré : en recourant par exemple à des clauses contractuelles types de la commission européenne ou en transférant dans un pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat.
Certaines données personnelles, strictement nécessaires à la mise en œuvre de vos garanties contractuelles, peuvent aussi être transmises hors de l'UE et de l'EEE dans le cadre de l'exécution d'un contrat.

Comment sont sécurisées vos données personnelles ?
Le Groupe Matmut met en œuvre les mesures de sécurité adaptées.

Nous veillons à mettre en œuvre les mesures de sécurité adaptées afin d'assurer un niveau de protection élevé de vos données personnelles.

Le Groupe Matmut a nommé un Délégué à la Protection de Données (DPO) qui est l'interlocuteur référant de l'entreprise pour tout ce qui est lié à la protection des données personnelles. Le DPO du Groupe Matmut conseille et coordonne les actions permettant d'assurer le bon traitement des données personnelles, et intervient également, auprès des collaborateurs, afin d'assurer la conformité des pratiques à la réglementation.

En collaboration avec le Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information du Groupe Matmut, le DPO du Groupe Matmut s'assure de la mise en place des moyens et des actions de mise en conformité à la réglementation en vue de garantir la sécurité, l'intégrité et la confidentialité de vos données personnelles notamment afin de les protéger contre toute perte, destruction accidentelle, altération et accès non autorisé.

Nous limitons l'accès à vos données personnelles aux seules personnes habilitées. Elles ne sont traitées par ces personnes que sur nos instructions et sont protégées par une clause de confidentialité.

Nous exigeons de nos sous-traitants qu'ils appliquent des règles strictes en matière de protection des données personnelles en conformité avec les lois et réglementations applicables, tant françaises qu'européennes.

Vous aussi soyez acteur de la sécurité de vos données personnelles.

Pour cela, nous vous recommandons de :

- protéger le mot de passe de votre espace personnel et de ne le communiquer à personne,
- vous déconnecter avant de quitter votre espace personnel, si vous partagez votre ordinateur,
- être vigilant quant aux emails et aux appels malveillants visant à obtenir des informations personnelles pour en faire un usage frauduleux,
- appliquer les mises à jour de sécurité de votre système d'exploitation (Windows, Android, iOS …) ou des applications qui sont sur votre appareil.

Quels sont vos droits ? Comment les exercer ?
Le Groupe Matmut vous informe en toute transparence.

Vous disposez sur vos données personnelles des droits :

- **d'accès**, pour obtenir les informations relatives aux traitements de vos données personnelles et la communication d'une copie de ces données,
- **de rectification** de données personnelles que vous considérez inexactes ou incomplètes,
- **d'effacement**, pour obtenir la suppression de vos données personnelles, si vous répondez aux conditions prévues par la réglementation (Article 17 du RGPD),
- **de limitation des traitements** de vos données personnelles à leur seule conservation, si vous répondez aux conditions prévues par la réglementation (Article 18 du RGPD),
- **d'opposition**, vous permettant de vous opposer à tout moment, pour des raisons tenant à votre situation particulière, à tout traitement de vos données personnelles, sauf lorsque le responsable du traitement démontre qu'il existe des motifs légitimes et impérieux pour le traitement qui prévalent sur vos intérêts, droits et libertés ou que le ou les traitements demeurent nécessaires pour la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

  Lorsque les données à caractère personnel sont traitées à des fins de prospection, vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel vous concernant à de telles fins de prospection, y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection.
- de définition de **directives** relatives à leur conservation, à leur effacement et à leur communication après votre décès.

Vous disposez également d'un droit à la **portabilité** sur les données que vous nous avez communiquées, données nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Vous pouvez demander, soit à les récupérer dans un format structuré, soit à nous demander de les communiquer directement à un autre responsable de traitement.

Lorsque votre consentement a été recueilli pour un traitement de vos données personnelles, vous pouvez retirer votre consentement à ce traitement à tout moment.

Vous pouvez enfin faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, produisant des effets juridiques vous concernant ou vous affectant de manière significative de façon similaire, lorsque cette décision :

- est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat nous liant,
- est fondée sur le consentement explicite de la personne concernée.

Vous avez alors le droit d'obtenir des informations relatives à cette prise de décision, de la contester le cas échéant et d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement.

Vous pouvez exercer l'ensemble de ces droits :

- par courrier électronique : dpd@matmut.fr,
- par courrier postal : Matmut à l'attention du Délégué à la Protection des Données 66 rue de Sotteville, 76100 ROUEN, en justifiant de votre identité.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

- CNIL 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07

Enfin, vous avez la faculté de vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur **www.bloctel.gouv.fr**. Néanmoins nous pouvons toujours vous téléphoner lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de vous proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

À propos des cookies
Afin d'améliorer votre expérience, nous utilisons des cookies pour vous fournir une connexion sûre, collecter des statistiques en vue d'optimiser les fonctionnalités du site et en adapter le contenu et vous proposer des offres et des services adaptés à vos centres d'intérêt.

Pour en savoir plus et gérer vos préférences sur le site **matmut.fr**, nous vous invitons à consulter notre Politique relatives aux cookies, accessible sur ce site depuis la rubrique « Gestion des Cookies ».

L'assurance et vos données personnelles
Les assureurs collectent et exploitent les données personnelles de leurs assurés. Ces données leur sont indispensables pour exercer leur métier et pour apporter aux assurés des services de qualité.

La Fédération Français de L'Assurance a édité un document « Bien vous connaître, c'est bien vous assurer » pour répondre aux questions les plus fréquentes que se posent les assurés sur l'utilisation de leurs données personnelles par leur assureur.

Vous pouvez consulter L'assurance et vos données personnelles depuis la rubrique « Protection des données personnelles » accessible sur le site matmut.fr.

Suivi de la charte protection des données à caractère personnel
Cette Charte, accessible à tous sur les sites internet des sociétés du Groupe Matmut, est susceptible d'être révisée en fonction des évolutions législatives et réglementaires ou d'une modification des conditions de traitement des données personnelles.

Nous vous invitons à prendre connaissance de la dernière version de cette Charte dans la rubrique « Charte de protection des Données Personnelles » sur nos sites.

Nous vous informerons de toute modification significative de notre Charte par le biais de notre rubrique « ACTUALITÉS » de notre site internet **matmut.fr**.

ANNEXE

Protection Juridique Santé

Honoraires et frais garantis TTC 2023

Les plafond, sous-plafond et montants garantis sont applicables en fonction des garanties souscrites et pour un même sinistre.
Constitue un même sinistre, l'ensemble des demandes ou réclamations auquel il a été opposé un même refus.

Plafond de garantie : 20 000 € TTC

Défense amiable des droits de l'assuré (Défense civile et Recours amiables) [1]

Sous-plafond de garantie : 4 600 € TTC (pour l'ensemble des frais relatifs à la défense amiable des droits de l'assuré)

- Honoraires d'avocat (pour l'ensemble de son intervention, y compris en cas de transaction ou de saisine d'une commission) sauf médiation	450,00 €
- Expertise médicale	201,00 €
- Expertise immobilière	2 373,00 €
- Autre expertise matérielle	147,00 €

[1] *Sauf médiation, les frais de défense amiable engagés par l'assuré ne sont pris en charge qu'en cas de survenance d'un conflit d'intérêts tel que défini dans les conditions générales ou la notice d'information relatives à la garantie ou lorsque l'adversaire de l'assuré est lui-même défendu par un avocat.*

Défense des droits de l'assuré en cas de médiation judiciaire ou conventionnelle [■]

Assistance par l'avocat (à l'exclusion de la simple réunion d'information et ce compris une éventuelle homologation de l'accord par le juge)	360,00 €
Quote-part des frais du médiateur	400,00 €

Défense des droits de l'assuré en justice [■]

Juridictions civiles et administratives		
Tribunal judiciaire et Tribunal ou chambre de proximité	• contentieux des actions personnelles ou mobilières jusqu'à 10 000 € et demandes indéterminées qui ont pour origine l'exécution d'une obligation dont le montant n'excède pas 10 000 €	840,00 €
	• autres	1 224,00 €
Juge des contentieux de la protection		909,00 €
Tribunal administratif		1 062,00 €
Tribunal de commerce		1 062,00 €
CIVI		945,00 €
CCI	• instruction du dossier et séance de la commission	579,00 €
	• assistance à liquidation post avis CCI	360,00 €
Juge de l'exécution		540,00 €
Référés	• expertise et/ou provision	585,00 €
	• autres	741,00 €
Requêtes		414,00 €
Incident devant le juge ou le conseiller de la mise en état		495,00 €
Déclaration de créance en cas de procédures collectives		336,00 €
Assistance à expertise (présence, suivi et dires éventuels compris)		618,00 €
Juridictions pénales		
Démarches au parquet pour obtention de procès-verbaux		129,00 €
Dépôt de plainte avec constitution de partie civile (entre les mains du Doyen des juges d'instruction)		534,00 €
Tribunal de police/matière contraventionnelle		795,00 €
Médiation/composition pénale et reconnaissance préalable de culpabilité		786,00 €
Tribunal correctionnel/matière délictuelle		909,00 €
SARVI		336,00 €
Chambre de l'instruction		774,00 €
Cour d'assises : 1ère instance ou appel (par jour d'audience dans la limite de 5 jours)		1 191,00 €
Assistance à expertise (présence, suivi et dires éventuels compris)		618,00 €
Assistance à instruction (sur convocation du juge)		
Requêtes		414,00 €
Autres juridictions		945,00 €
Arbitrage		945,00 €
Cour d'appel		
Affaire au fond chambre civile avec représentation obligatoire		1 758,00 €
Référé Premier Président		741,00 €
Cour administrative d'appel : affaire au fond		1 062,00 €
Autres appels		945,00 €
Cour de cassation et Conseil d'État		
Consultation		1 221,00 €
Mémoire		1 221,00 €
Expertises		
Médicale		201,00 €
Immobilière		2 373,00 €
Comptable		1 206,00 €
Autre		147,00 €

Transaction intervenue en cours d'instance judiciaire : identique aux honoraires dus devant la juridiction compétente saisie.

[■] Ces sommes sont accordées pour l'ensemble des diligences ou procédures devant la juridiction ou la commission, y compris toute démarche - ou phase - préalable, obligatoire ou non et postulation éventuelle. Elles concernent tous les honoraires et frais, notamment la préparation du dossier, la plaidoirie et les frais inhérents à la gestion du dossier.

DÉFINITIONS

Ce lexique est destiné à vous aider à mieux comprendre votre contrat.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Toute situation dans laquelle notre garantie est également accordée à la personne dont les intérêts sont opposés aux vôtres.

CONJOINT

Les personnes :

- mariées,
- unies par un pacte civil de solidarité,
- vivant sous le même toit de telle sorte qu'elles puissent être communément regardées comme formant un couple.

DÉPENS

Dépenses indispensables au procès et dont le montant fait l'objet d'une tarification par voie réglementaire ou par décision judiciaire. Ils sont limitativement énumérés à l'article 695 du Code de Procédure Civile et à l'article R 761-1 du Code de Justice Administrative.

FRAIS IRRÉPÉTIBLES

Les frais que vous engagez personnellement afin de défendre vos intérêts en justice et susceptibles de faire l'objet d'une indemnisation par le juge au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale ou L.761-1 du Code de Justice Administrative.

MUTUELLE

Apivia Macif Mutuelle.

NOUS

Matmut Protection Juridique.

SINISTRE

Litige ou différend concrétisé par le refus opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire.

SOUSCRIPTEUR

Apivia Macif Mutuelle.

TIERS

Les personnes qui n'ont pas la qualité d'assuré au titre du contrat.

VOUS

L'Assuré, c'est-à-dire le sénior retraité, l'actif salarié adhérents d'Apivia Macif Mutuelle et, plus généralement, s'ils vivent sous le toit de sa résidence principale :

- leur conjoint,
- leurs enfants mineurs.

IMA intervient 24h/24, 7j/7 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires aux numéros suivants :

0 970 820 692 OU **(+33) 05 49 34 82 80**