NOTICE D'INFORMATION MGEN ASSISTANCE

L'Adhérent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'Assisteur, doit communiquer son propre numéro d'Adhérent. Le présent tableau vise à résumer les garanties d'assistance ; pour connaitre les conditions et modalités d'application, il convient de se référer aux dispositions de la présente notice d'information ci-après.

GARANTIES	MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE			
Dès la souscription				
Conseils, écoute, orientation	Illimités			
Informations juridiques & site web	Illimités			
Conseils et informations médicales	Illimités			
En cas d'hospitalisation, d'immobilisation et de maternité				
	Hospitalisation +24H	**Immobilisation +48H suite ambulatoire**	**immobilisation imprévue +5J ou prévue +10J**	**Maternité +4J Naissance multiple et/ou césarienne**
Aide à domicile	10 heures	10 heures	10 heures	10 heures
Prestations de bien-être et soutien (auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure, esthéticienne & pédicure à domicile, coaching santé et nutrition…)	Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures	40 heures	40 heures	40 heures
Transport activités extra-scolaire	4 transports	4 transports	4 transports	4 transports
Garde des personnes dépendantes à charge	40 heures	40 heures	40 heures	40 heures
Garde des animaux de compagnie	30 jours	30 jours	30 jours	30 jours
Téléassistance	3 mois	3 mois	3 mois	3 mois
Présence d'un proche au chevet	Transport : 500 euros TTC Hébergement : 2 nuits à 92 euros TTC/nuit	Transport : 500 euros TTC Hébergement : 2 nuits à 92 euros TTC/nuit	Transport : 500 euros TTC Hébergement : 2 nuits à 92 euros TTC/nuit	Transport : 500 euros TTC Hébergement : 2 nuits à 92 euros TTC/nuit
Transfert post-hospitalisation	200 euros TTC			
	Hospitalisation de plus de 14 jours			
Préparation du domicile (aide à domicile)	4 heures			
	Hospitalisation ou immobilisation de plus de 14 jours de l'enfant			
École à domicile	10 heures /semaine			
	Immobilisation imprévue			
Acheminement des médicaments	3 fois /an			
Accompagnement aux courses	3 fois /an			
En cas de pathologie lourde de l'enfant				
Transport rendez-vous médicaux	1 transport aller-retour/mois			
Bilan situationnel/diagnostic habitat	1 bilan diagnostic/évènement			
Service travaux pour aménager le domicile	1 mise en relation/évènement			
En cas de perte temporaire d'autonomie du membre participant actif (PTA)				
Téléassistance	3 mois			
Bilan situationnel ergothérapeute/diagnostic habitat	1 bilan diagnostic/évènement			
Service travaux pour aménager le domicile	1 mise en relation/évènement			
	Enveloppe de services (50 unités maximum sur 12 mois)			
	Unité de mesure			**Valeur unitaire**
Présence d'un proche	1 transport aller-retour + 2 nuits d'hébergement (92 euros TTC/nuit)			**10 unités**
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller-retour			**4 unités**
Livraison de médicaments	1 livraison			**2 unités**
Livraison de courses	1 livraison			**4 unités**
Portage de repas	1 portage (livraison + repas)			**1 unité**
Coiffure à domicile	1 déplacement + 1 prestation shampoing/coupe/brushing			**1 unité**
Entretien de jardin	1 heure			**1 unité**
Garde d'enfants	1 heure			**2 unités**
Conduite à l'école	1 transport aller-retour			**4 unités**
Conduite activités extrascolaires	1 transport aller-retour			**4 unités**
En cas de mutation professionnelle				
Aide à la recherche d'emploi du conjoint	3 entretiens			
Aide au déménagement	Illimitée			
Nettoyage du logement quitté	500 euros TTC			

Domaine d'application

1 - Bénéficiaires

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties d'assistance auxquelles peuvent prétendre les Bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente notice d'information :

- le Membre Participant de la Mutuelle et son Bénéficiaire Conjoint relevant des articles I et 15 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance,
- les Bénéficiaires Enfants âgés de moins de 18 ans et enfants en situation de handicap sans limite d'âge vivant au domicile du Membre Participant.

2 - Prise d'effet et durée des garanties

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties de la complémentaire santé.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par l'Adhérent auprès de la Mutuelle, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

3 - Couverture géographique

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

Les garanties d'assistance s'appliquent :

- **au domicile, pour l'assistance de tous les jours,**

Pour tout déplacement* :

- **en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, le transport est effectuée en France métropolitaine Andorre ou Monaco,**
- **dans les DROM, si le domicile du Bénéficiaire de la garantie et situé dans un DROM, le transport est effectué au sein du DROM de résidence du Bénéficiaire de la garantie.**

Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

4 - Faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice d'information :

- une hospitalisation,
- une maternité,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure,
- une pathologie lourde de l'enfant,
- une Perte Temporaire d'Autonomie (PTA) pour les Membres Participants actifs,
- une mutation professionnelle.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire une assistance et/ou un accompagnement qui correspond(ent) le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance. 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. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations sont acquises en tout temps.

5 - Modalités de mise en oeuvre

Pour contacter l'assisteur sans interruption, 24 Heures sur 24, 7 jours sur 7 par téléphone (numéro Cristal – appel non surtaxé) :

09 72 72 27 28

pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :

- par téléphone : **00 33 9 72 72 27 28**

Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à medecinconseil@rmassistance.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro d'Adhérent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Une fois cette demande effectuée, et dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation, afin d'assurer au Bénéficiaire l'accès aux prestations dès son retour à domicile, il doit contacter l'Assisteur dès confirmation de sa date de sortie effective. Si cette date devait être décalée le Bénéficiaire doit en avertir immédiatement l'Assisteur afin de différer les prestations prévues initialement.

Au-delà de ces délais (20 jours et/ou 48h comme mentionnés ci-dessus), l'Assisteur pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies.

6 - Intervention

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères…) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés.

L'urgence justifiant l'intervention de l'Assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le Bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du Bénéficiaire. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.** Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

7 - Application des prestations

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur 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, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs **et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur (étant entendu que le montant de la prestation d'assistance remboursé par l'Assisteur est plafonné à l'intervention d'un seul intervenant au domicile du Bénéficiaire). Les frais additionnels (frais kilométriques, frais de dossier, frais de gestion et cotisations) inhérents à la mise en œuvre de la prestation et figurant sur le justificatif fourni par le Bénéficiaire ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.**

Dans de tels cas, l'Assisteur s'engage à rembourser le Bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires (hors délais bancaires) à compter de la validation par l'Assisteur de l'ensemble des documents justificatifs.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des Bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats. L'Assisteur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage …).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.

8 - Définitions

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par :

Accident corporel : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au Bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

- les accidents vasculaires cérébraux,
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel,
- les éventrations,
- les hernies abdominales,
- les hydrocutions,
- les infarctus du myocarde,
- les lésions méniscales,
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires,
- les lombalgies, les lumbagos,
- les ruptures d'anévrisme,
- les sciatiques.

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne, un proche (voir définition) ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

L'aidant peut être le bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

Aidé : est considérée comme personne aidée, toute personne qui du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap nécessite l'aide d'un proche aidant de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

Aide à domicile : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du bénéficiaire. **La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.**

Animaux de compagnie : sont considérés comme animaux de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, **dans la limite de 2 animaux par bénéficiaire.**

Ascendant : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'adhérent.

Pour être considéré comme ayant droit du Membre Participant, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement du Membre Participant et vivant sous le même toit.

Attentat : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel le bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur.

Cet attentat devra être recensé par l'État français.

Autorite medicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le bénéficiaire se trouve.

Auxiliaire de vie sociale : l'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène **(à l'exclusion des soins infirmiers).** Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties, les courses.

Ayants droit : sont considérés comme ayants droit du Membre Participant ceux inscrits comme tels par cet adhérent au titre de sa garantie complémentaire santé.

Bénéficiaire conjoint : défini à l'article 10 - 1 des statuts MGEN et nommément désigné au fichier.

Le Membre Participant peut étendre la couverture familiale :

- à son conjoint,
- à son partenaire lié par un PACS,
- ou à son concubin vivant à son domicile,

dès lors que celui-ci est assuré social ou ayant droit Sécurité sociale. Ce dernier acquiert alors la qualité de Bénéficiaire Conjoint.

Bénéficiaire enfant : défini à l'article 10-2 des statuts MGEN et nommément désigné au fichier. Le Membre Participant ne peut étendre sa couverture familiale qu'à :

- son enfant de moins de 18 ans ou son enfant handicapé sans limite d'âge.

L'enfant, s'il n'est pas assuré social doit être ayant droit à la charge du Membre Participant ou à celle de son conjoint (à condition que celui-ci soit mutualiste MGEN).

Bénéficiaires des garanties : le Membre Participant ainsi que le Bénéficiaire Conjoint et les Bénéficiaires Enfants vivant sous le même toit que le Membre Participant (enfants de moins de 18 ans et enfants en situation de handicap sans limite d'âge).

Catastrophe naturelle : phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

Centre de convalescence : structure de soins qui contribue 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 séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.**

Chimiothérapie : traitement du cancer par des substances chimiques qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Il peut être administré par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés.

Consolidation : stabilisation durable de l'état de santé du Bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée.

Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition de l'Adhérent portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

Dispositif de téléassistance : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'alerte avec son support (collier ou bracelet).

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire, on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent Adhérent.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

Dommages corporels : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du Bénéficiaire en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du Bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Établissement de soins : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

État d'urgence sanitaire : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis par la présente notice d'information. Ils peuvent être les suivants :

- une hospitalisation,
- une maternité,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure,
- une pathologie lourde de l'enfant,
- une Perte Temporaire d'Autonomie (PTA) pour les Membres Participants actifs,
- une mutation professionnelle.

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

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

Fratrie : enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.

Grossesse pathologique : caractérise une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique. **Ne sont pas considérés comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.**

Handicap : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Hospitalisation : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public, privé ou à domicile dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Hospitalisation à domicile (HAD) : permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Immobilisation : désigne toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle l'Assisteur évalue le cadre au retour au domicile (Bénéficiaire vivant seul ou en couple, enfants de moins de 10 ans ou personnes dépendantes à charge, soutien de proximité aides déjà en place…). La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) est considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement.

Maladie : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité : tout séjour de plus de 4 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance prématurée ou multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

Membre Participant : personne physique qui, par le paiement régulier de ses cotisations, acquiert ou font acquérir à ses Bénéficiaires vocation aux avantages assurés par la mutuelle.

Mutation professionnelle : changement de poste et de lieu de travail au sein de la même entreprise ou groupe d'entreprise, qu'il soit à l'initiative de l'employeur ou du salarié.

Pathologies lourdes : Les pathologies lourdes dans le cadre de la présente notice d'information sont :

- complication invalidante suite à des actes chirurgicaux,
- diabète insulino-instable,
- hémopathie,
- infarctus ou pathologie cardiaque invalidante,
- insuffisance hépatique sévère,
- insuffisance rénale dialysée décompensée,
- insuffisance respiratoire instable,
- leucémie,
- mucoviscidose,
- myopathie,
- paraplégie non traumatique,
- pathologie nécessitant un traitement par radiothérapie ou chimiothérapie,
- polyarthrite rhumatoïde évolutive,
- sclérose latérale amyotrophique,
- suite de transplantation d'organe,

mais également certaines polypathologies (associations de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins de l'Assisteur.

Personne dépendante : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir de l'Adhérent ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'Adhérent et vivant sous le même toit que lui.

Perte temporaire d'autonomie (PTA) : versement d'une prestation par MGEN, dans les conditions définies ci-après, au Membre Participant et/ou au Bénéficiaire Conjoint qui est en situation de perte temporaire d'autonomie.

Est considéré en situation de perte temporaire d'autonomie, le Membre Participant et/ou le Bénéficiaire Conjoint :

- atteint dans ses facultés physiques, mentales, ou sensorielles et présentant un état chronique ne permettant pas une autonomie totale, d'une durée probable supérieure à 30 jours,
- dont l'état est constaté médicalement par le médecin consultant de la mutuelle,
- ayant perdu son autonomie totale à la suite d'une maladie* ou d'un accident** garanti(e).

***maladies garanties :** infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques, cancers.*

****accidents garantis :** par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Membre Participant et /ou du Bénéficiaire Conjoint et provoquée exclusivement par un évènement extérieur imprévu et soudain.*

N'est pas considéré comme « accident », la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une intervention chirurgicale.

La maladie ou l'accident défini(e) ci-dessus survenu(e) avant la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle n'ouvre pas droit à une prise en charge.

Est garantie la situation de perte temporaire d'autonomie suite à un accident, lorsque le mutualiste est atteint de :

- lésions traumatiques graves : perte d'un membre, d'une main, d'un pied, ou victime d'un traumatisme crânien,
- cécité : acuité visuelle corrigée égale au plus à 1/20 avec rétrécissement du champ visuel inférieur à 20°,
- surdité : atteinte auditive supérieure à 70 décibels de perte,
- brûlures graves : brûlures au 3e degré couvrant au moins 20% de la surface du corps et attestée par le diagnostic d'un chirurgien plasticien.

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteur afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

Proche : les ascendants et descendants au 1er degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du Bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du Bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le Bénéficiaire.

Radiothérapie : traitement du cancer par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement. Contrairement à la chimiothérapie qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local.

Responsabilité civile : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

Soins médicalement nécessaires : dans le cadre de la carte Européenne d'Assurance maladie, il s'agit des traitements qui évitent à un Bénéficiaire de rentrer dans le pays où il est domicilié pour se faire soigner et lui permettent de terminer son séjour dans des conditions médicales sûres.

Téléassistance : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boitier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.

Traitement : seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie ou radiothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés. **Les soins de support ne sont pas considérés comme des traitements.**

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touriste (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et **dans la limite de 500 euros TTC** pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

Écoute, conseil & orientation

9 - Écoute, conseil & orientation

Le service Ecoute, Conseil & Orientation est un service dédié aux Bénéficiaires afin d'assurer une écoute, des conseils, une orientation et un soutien permanent à chaque moment important de la vie.

L'Assisteur peut notamment informer sur les garanties d'Assistance, les dispositifs de services à la personne, les aides légales ou extra légales existantes au regard des besoins et de la situation des Bénéficiaires, les solutions d'adoption des Animaux de compagnie existantes en cas de décès du propriétaire de l'animal.

L'Assisteur peut également, sur demande, réaliser l'intermédiation avec les acteurs et prestataires de proximité qui pourront aider et réaliser les services dont le Bénéficiaire a besoin. **Le coût de la prestation reste à la charge du Bénéficiaire.**

10 - Information juridique

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

Réglementaire :

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant…),
- assurances sociales/ allocations / retraites,
- fiscalité,
- famille.

Pratique :

- consommation,
- vacances/loisirs,
- formalités/cartes/permis,
- enseignement/Formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques… **En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.**

En complément, l'Assisteur met à disposition des Bénéficiaires un accès illimité et sécurisé à un site Internet d'informations juridiques, accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Ce site permet la recherche intuitive d'un contenu pédagogique et actualisé, la mise à disposition de courriers-types, fiches pratiques et de rapports de suivis.

11 - Conseils et informations médicales

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteur ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le Bénéficiaire pourra en faire.

En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST),
- contraception,
- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation).

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux,
- achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales.

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos :

- maladies professionnelles,
- troubles musculo squelettiques (TMS),
- risques psychosociaux (RPS),
- bilans de santé.

Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation, de maternité ou d'immobilisation

12 - Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile

Acheminement des médicaments ou Accompagnement aux courses

Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du Bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. **Les médicaments et les courses restent à la charge du Bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 30 kilomètres du domicile du Bénéficiaire.**

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

13 - Prestations en cas

- **D'hospitalisation de plus de 24 heures,**
- **De maternité de plus de 4 jours,**
- **D'immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours,**
- **D'immobilisation de plus de 48 heures suite à une hospitalisation en ambulatoire.**

L'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la ou les prestations adaptées à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

Ces prestations s'appliquent pendant ou après l'hospitalisation et la maternité ou pendant l'immobilisation à tous les Bénéficiaires, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.

A - Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, **à raison d'un maximum de 10 heures.**

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

B - Prestations de bien-etre et de soutien

Si le Bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation **à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :**

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- petit jardinage,
- séance(s) de coiffure ou esthéticienne à domicile, de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

C - Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'age)

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés (sans limite d'âge) ou s'il s'agit de l'hospitalisation ou de l'immobilisation d'un enfant ayant une fratrie, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants **à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation.** Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école et à la crèche ;
- soit la conduite aux activités extra-scolaire dans la limite d'un aller-retour par semaine, **sur une période de 30 jours maximum ;**
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

D - Garde des personnes dépendantes

Si le Bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation ;**
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

E - Garde des animaux de compagnie

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.**

Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermale.

F - Dispositif de téléassistance

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum.**

L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

G - Présence d'un proche au chevet

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du Bénéficiaire ou jusqu'à son lieu d'hospitalisation.

L'assisteur organise et prend également en charge l'hébergement **pour 2 nuits (petits déjeuners inclus), à concurrence de 92 euros TTC par nuit.**

H - Transfert post-hospitalisation chez un proche

En cas d'hospitalisation, l'Assisteur organise et prend en charge le **transport aller/retour non médicalisé à concurrence de 200 euros TTC.** Le transport s'organise du domicile du Bénéficiaire vers le domicile d'un proche et dans les 5 jours maximum qui suivent la sortie d'hospitalisation.

14 - En cas d'hospitalisation de plus de 14 jours

Préparation du retour au domicile

L'Assisteur 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 du Bénéficiaire.

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention du Bénéficiaire 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. L'Assisteur 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, l'Assisteur organise et prend en charge, **dans la limite de 100 euros TTC** 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.

15 - Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire

École à domicile

La prestation « École à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, **à compter du 14e jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant.** Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Education Nationale. **Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.**

L'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge :

- soit les coûts non défiscalisables occasionnés ou l'organisation de la prestation **dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine,** tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie ;
- soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire de l'Assisteur.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1re et 2e langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le Bénéficiaire au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

Justificatifs

Le Bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'Assisteur un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

Prestations d'assistance en cas de pathologie lourde de l'enfant

16 - Prestations en cas de pathologie lourde de l'enfant

En cas de survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement long (traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie), l'Assisteur organise et prend en charge les garanties ci-après, **à utiliser sur 12 mois à compter de la déclaration de la pathologie ou d'une aggravation de la pathologie.**

Ces prestations viennent en complément des prestations décrites à l'article 12 *« Prestations en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures, de maternité de plus de 4 jours, d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours, d'immobilisation de plus de 48 heures suite à une hospitalisation en ambulatoire. »*

Leur mise en œuvre est soumise à la transmission préalable d'un certificat médical adressé sous pli confidentiel à l'attention des médecins de la Plateforme d'Assistance MGEN MSP.

A - Transport aux rendez-vous medicaux

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller-retour aux rendez-vous médicaux à compter de la déclaration de la pathologie ou d'une aggravation de la pathologie (traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie), **à concurrence d'un transport par mois et dans la limite de 12 mois maximum.**

B - Bilan situationnel/diagnostic habitat

L'Assisteur organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile du Bénéficiaire, **dans la limite d'un dossier par événement.**

Cette prestation est mise en œuvre en France métropolitaine seulement.

Contenu de la prestation :

- évaluation de la personne dans son lieu de vie,
- recherche de compensations efficientes (organisationnelles et/ou gestuelles, aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, aide animalière, aide humaine ...),
- rédaction d'un document descriptif reprenant les solutions les plus adaptées et permettant la mise en œuvre des pré conisations (documentation, schémas, coût des équipements, adresses des revendeurs spécialisés, structures et lieux de ressources sur le plan local...).

C - Service travaux pour aménager le domicile

Suite au Bilan Situationnel/Diagnostic Habitat, l'Assisteur met le Bénéficiaire en relation avec son réseau de partenaires artisans pour une aide à la réalisation des travaux d'aménagement :

- envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations,
- établissement d'un diagnostic des réparations à effectuer et d'un devis,
- vérification de la cohérence technique et tarifaire des devis, suivi des travaux-coûts-délais, procès-verbal de fin de travaux transmis pour contrôle.

Cette garantie est mise en œuvre en France métropolitaine seulement et limitée à un dossier par événement. Les travaux restent à la charge du Bénéficiaire de la garantie.

Prestations d'assistance en cas de perte temporaire d'autonomie (PTA) du membre participant actif

17 - Prestations en cas de perte temporaire d'autonomie (PTA)

A - Enveloppe de services

Dès que la survenance de la PTA est déclarée par MGEN, l'Assisteur met à disposition du Membre Participant actif une enveloppe **de services limitée à 50 unités de consommation à utiliser sur une période maximale de 12 mois.**

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'unités ne pourra être modifié dès lors que l'accord Membre Participant actif aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs prestations et que celles-ci auront débuté.

Le détail des prestations est consultable dans le tableau de garantie au début de la présente notice d'information.

B - Téléassistance

Dès que la survenance de la PTA est déclarée par MGEN, l'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum.** L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

Cette garantie est mise en œuvre en France métropolitaine seulement.

C - Bilan situationnel par un ergotherapeute/diagnostic habitat

Dès que la survenance de la PTA est déclarée par MGEN, l'Assisteur organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile du Bénéficiaire, dans la limite d'un dossier par événement lors de la survenance de la PTA.

Cette prestation est mise en œuvre en France métropolitaine seulement et contient :

- l'évaluation de la personne dans son lieu de vie,
- la recherche de compensations efficientes (organisationnelles et/ou gestuelles, aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, aide animalière, aide humaine...),
- la rédaction d'un document descriptif reprenant les solutions les plus adaptées et permettant la mise en œuvre des préconisations (documentation, schémas, coût des équipements, adresses des revendeurs spécialisés, structures et lieux de ressources sur le plan local...).

D - Service travaux pour aménager le domicile

Suite au Bilan Situationnel/Diagnostic Habitat, l'Assisteur met le Bénéficiaire en relation avec son réseau de partenaires artisans pour une aide à la réalisation des travaux d'aménagement :

- envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations,
- établissement d'un diagnostic des réparations à effectuer et d'un devis,
- vérification de la cohérence technique et tarifaire des devis, suivi des travaux-coûts-délais, procès-verbal de fin de travaux transmis pour contrôle.

Cette garantie est mise en œuvre en France métropolitaine seulement et limitée à un dossier par événement. Les travaux restent à la charge du Membre Participant actif.

Prestations d'assistance en cas de mutation professionnelle

18 - Prestations en cas de mutation professionnelle

En cas de mutation en France, l'assisteur organise et prend en charge :

A - Aide à la recherche d'emploi du conjoint

Ce service comprend notamment :

- la mise en ligne du Curriculum Vitae du Bénéficiaire Conjoint,
- l'accès à des offres ciblées,
- une démarche d'accompagnement individualisé…

Le suivi du conjoint sera réalisé par le biais de **3 entretiens téléphoniques sur une période de 90 jours.**

B - Aide au déménagement

L'Assisteur transmet au Bénéficiaire, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'une entreprise de déménagement ou d'une société de garde-meubles. **Le coût du déménagement et/ou du garde-meubles reste à la charge du bénéficiaire.**

C - Nettoyage du logement quitté

L'Assisteur organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté, **dans la limite de 500 euros TTC. La garantie doit être mise en œuvre sur une période d'un mois suivant le déménagement**

Cadre juridique

19 - Assureur des prestations d'assistance

Les prestations d'assistance sont assurées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682.

20 - Conditions restrictives d'application des garanties

A - Comportement abusif

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire du contrat.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non-remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au Bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

B - Responsabilité

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur.

L'Assisteur 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.

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

C - Circonstances exceptionnelles

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- **de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,**
- **d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,**
- **d'événements tels que guerre civile ou étrangère,**
- **de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.**

21 - Exclusions

Exclusions communes à l'ensemble des prestations

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- **les frais engagés sans accord préalable de l'Assisteur et non expressément prévus par la présente notice d'information,**
- **les frais non justifiés par des documents justificatifs,**
- **les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,**
- **les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,**
- **les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool,**
- **les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,**
- **les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,**
- **les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,**
- **tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,**
- **les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge des services de l'Assisteur matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au Bénéficiaire.**

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

22 - Nullité de la prestation

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

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

23 - Recours

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

24 - Subrogation

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du Bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du Bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

25 - Prescription

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'information sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1 - en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2 - 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 de l'Adhérent, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la mutualité).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

26 - Protection des données personnelles

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé

Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exercent auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex.

En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition

au démarchage téléphonique par courrier à Worldline - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex ou par Internet à l'adresse suivante : https://www.bloctel.gouv.fr.

27 - Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire peut effectuer une réclamation auprès de RMA :

- Par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la présente notice.
- Si le Bénéficiaire n'a pas immédiatement obtenu satisfaction par téléphone, ou s'il souhaite effectuer sa réclamation par écrit, il peut adresser sa réclamation à l'adresse du siège social : RMA – Service Qualité – 46, rue du Moulin – CS 32427 – 44124 VERTOU Cedex.

RMA adressera un accusé de réception dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi, sauf si une réponse peut être communiquée au Bénéficiaire dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (https://www.mediateur-mutualite.fr/) ou à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.

28 - Autorité de contrôle

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.