



HARMONIE PROTECTION PLUS

Uniquement si vous avez adhéré à l'une des garanties Harmonie Protection Plus

(Protection Hospitalière – Protection Revenus Accident – Protection Blessures ou Protection Décès Accident).

01. FORMATION DE L'ADHÉSION

Votre adhésion au règlement mutualiste Harmonie Protection Plus se fait intégralement à distance.

Après avoir été mis en mesure de vérifier les informations données, la garantie choisie et les cotisations correspondantes, l'adhérent valide et signe électroniquement son bulletin d'adhésion. Cette signature vaut acceptation :

- des statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle,
 - des droits et obligations définis par le règlement mutualiste et par la notice d'information d'assistance Harmonie Protection Services.
- L'adhésion prend effet à la date prévue au bulletin d'adhésion.

02. COTISATION

Base de calcul

Pour chacune des garanties, le montant des cotisations est déterminé par le conseil d'administration de la Mutuelle.

Pour la garantie « Protection Hospitalière » :

La cotisation est calculée en fonction de l'indemnité choisie et varie avec l'âge de l'assuré au 1^{er} janvier de chaque année. Une majoration pour adhésion tardive est appliquée aux adhésions intervenant après le 1^{er} janvier qui suit le 65^{ème} anniversaire du nouvel assuré.

L'inscription de deux enfants de moins de 27 ans ouvre droit à une exonération de cotisation pour les enfants suivants de moins de 27 ans.

L'adhérent qui inscrit un enfant dans les 3 mois qui suivent sa naissance ou son adoption est dispensé du paiement de la cotisation pour cet enfant pour le mois de son inscription et le mois qui suit.

Pour la garantie « Protections Blessures » :

La cotisation est forfaitaire.

Pour la garantie « Décès Accident » :

La cotisation est calculée en fonction du montant de capital choisi.

Pour la garantie « Revenu Accident » :

La cotisation est calculée en fonction du montant de l'indemnité choisie.

Modalités de paiement de la cotisation

L'adhérent s'engage à régler une cotisation pour lui-même et l'ensemble des ayants droit désignés au bulletin d'adhésion. Son paiement peut être fractionné au mois, au trimestre, au semestre, par prélèvement automatique. Le paiement intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion.

03. DURÉE MINIMALE DE L'ADHÉSION

L'adhésion au règlement mutualiste Harmonie Protection Plus produit ses effets jusqu'au 31 décembre de chaque année. Elle est renouvelée pour une période de 12 mois, par tacite reconduction, sauf dénonciation d'une, plusieurs ou de la totalité des garanties, selon les modalités prévues à l'article 6 du règlement mutualiste et sous réserve que l'âge limite pour le bénéfice de la garantie ne soit pas atteint.

À noter : peuvent souscrire la garantie « Protection Revenus Accident », les personnes âgées de 18 à 62 ans à la date d'effet de la garantie, et sous respect des conditions visées à l'article 3 du présent règlement.

04. GARANTIES

Pour la garantie « Protection Hospitalière » :

La garantie « Protection Hospitalière » permet à l'assuré de bénéficier d'une indemnité forfaitaire journalière (15, 30 ou 45 Euros) en cas d'hospitalisation de plus de 3 jours continus suite à une maladie ou un accident, en médecine, chirurgie, rééducation et psychiatrie, conformément à la liste des Disciplines Médico-Tarifaires indiquées dans le tableau figurant en dernières pages du présent règlement mutualiste (il s'agit des D.M.T. notées OUI dans ledit tableau).

L'indemnisation est versée dans la limite d'un crédit d'indemnisation de 365 jours et dans la limite de 30 jours pour les hospitalisations en psychiatrie.

Après 24 mois consécutifs d'adhésion à la garantie Protection Hospitalière, l'adhérent bénéficie de la prise en charge des frais, liés à une hospitalisation, restant à sa charge après intervention de l'Assurance maladie obligatoire et après remboursement de l'organisme complémentaire auprès duquel il a souscrit une garantie remboursement frais de santé, dans la limite d'un plafond de 250 Euros par année civile (ce montant est doublé après 48 mois consécutifs d'adhésion à la garantie Protection Hospitalière).

Pour la garantie « Protection Blessures » :

En cas de blessures résultant d'un accident au sens de l'article 2 du règlement mutualiste, la Mutuelle verse à l'assuré un capital dont le montant dépend du type de blessure, de sa localisation et, pour une brûlure, de sa surface.

Seules les blessures mentionnées à l'article 14.3 du règlement mutualiste sont indemnisables.

Le total des capitaux cumulés par année civile et pour un même assuré est plafonné à 5 000 Euros.

En cas de fractures et traumatismes multiples lors d'un même événement, seule la blessure correspondant au capital le plus élevé est indemnisée.

Pour la garantie « Protection Décès

Accident » : Cette garantie ouvre droit au versement d'un capital choisi par l'adhérent et figurant au bulletin d'adhésion (de 20 000, 40 000 ou 60 000 Euros) lors de la survenance du décès accidentel ou de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré suite à un accident.

L'accident donnant lieu à l'intervention de la Mutuelle est défini dans le règlement mutualiste à l'article 2.

Pour la garantie « Revenu Accident » :

Cette garantie permet à l'assuré de percevoir des indemnités journalières lorsqu'il est momentanément dans l'impossibilité complète et médicalement constatée d'exercer son activité professionnelle par suite d'un accident tel que défini à l'article 2.

L'impossibilité complète d'exercer son activité professionnelle comprend également l'impossibilité d'exercer les activités de gestion, de surveillance ou de direction y afférentes. En cas d'incapacité temporaire totale de travail médicalement constatée suite à un accident, la Mutuelle verse à l'assuré des indemnités journalières **dans la limite d'un crédit d'indemnisation de 365 jours**, pendant la durée de son activité professionnelle sous réserve des dispositions de l'article 15.10.

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient également de garanties d'assistance définies par la notice d'information Harmonie Protection Services.

terrorisme ou de sabotage auxquels participe l'assuré ;

- de la désintégration du noyau atomique ;
- de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;
- de catastrophes naturelles, telles que tremblements de terre ou inondations ;
- de la pratique de sports aériens, automobiles ou motocyclistes à titre amateur ou professionnel et de tous les autres sports à titre professionnel ;
- de la navigation aérienne comme pilote ou passager de tout appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas un brevet ou une licence valable pour l'appareil utilisé.

Exclusions des sinistres survenus dans l'exercice de certaines professions pour les garanties « Protection Blessures », « Protection Décès Accident » et « Protection Revenus Accident ».

Les sinistres survenus dans l'exercice des professions suivantes ne sont pas indemnisés :

- cascadeurs ;
- pompiers ;
- tous les métiers ou activités exercés dans les domaines :
 - du transport de fonds ;
 - du cirque ;
 - de la surveillance armée ;
 - du maintien de l'ordre ;
 - de l'usage d'explosifs ;
 - des travaux forestiers ;
 - des ouvrages d'art et de grande hauteur du bâtiment ;
 - et travaux publics (plus de 15 m de hauteur).

Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Hospitalière »

Sont exclus de l'indemnisation au titre de la garantie « Protection Hospitalière » :

- les séjours réalisés dans des services classifiés par une des Disciplines Médico-Tarifaires (D.M.T.) listées dans le tableau figurant en dernières pages du présent Règlement Mutualiste (il s'agit des D.M.T. notées NON dans ledit tableau).

Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Blessures »

Sont exclus de l'indemnisation au titre de la garantie « Protection Blessures » :

- les conséquences d'une exposition au soleil, aux ultraviolets, à tout appareil quelconque de bronzage artificiel ;
- les brûlures autres que celles définies à l'article 2 du règlement mutualiste.

Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Décès Accident »

Sont exclus de l'indemnisation au titre de la garantie « Protection Décès accident » les décès ou pertes totales et irréversibles d'autonomie résultant :

- du suicide de l'assuré ;
- de la participation à des matchs, paris, défis, courses, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception paris, défis, courses, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin, sauf

05. EXCLUSIONS

Sont exclues de l'ensemble des garanties, les conséquences :

- des tentatives de suicide ou de tout acte intentionnel de l'assuré ;
- de luttes, duels, rixes (sauf cas de légitime défense) ;
- d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré ;
- d'un acte effectué dans un état d'imprégnation alcoolique caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par le Code de la route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement ;
- directes ou indirectes de faits de guerres (civiles et étrangères), d'émeutes, d'actes de

compétition sportive normale (par compétition sportive normale, il faut entendre toute compétition organisée selon la pratique ou la coutume dans le sport considéré) ; de l'usage en tant que pilote ou passager de motocyclette d'une cylindrée supérieure à 250 cm³.

Ne sont pas considérés comme accidentels, les décès dont la cause est indéterminée.

par voie électronique en complétant le formulaire disponible sur l'espace « Harmonie&Moi » ou en envoyant un courrier postal à son centre de gestion habituel.

La Mutuelle accusera réception de la réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation fera l'objet d'une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de son envoi.

Enfin, en application et dans les conditions de l'article « Médiation » des statuts, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, au terme du processus de traitement des réclamations défini par la Mutuelle, et en tout état de cause, deux mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait ou non reçu de réponse de la part de la Mutuelle, par voie électronique en complétant le formulaire prévu à cet effet à l'adresse suivante : <http://cnpm-mediation-consommation.eu> ou en écrivant à CNPM - MÉDIATION - CONSOMMATION 27, avenue de la Libération - 42400 Saint-Chamond.

Litiges médicaux

En cas de contestation sur l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire totale de travail ou sur la blessure pouvant ouvrir droit à indemnisation, celui-ci est estimé par une commission comprenant un médecin désigné par l'assuré, un médecin désigné par la Mutuelle et un médecin arbitre choisi en accord avec les deux premiers. Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, un recours devant le Tribunal de Grande Instance pourrait être envisagé.

Les honoraires du médecin désigné par l'assuré seront à la charge de l'assuré. Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle seront à la charge de la Mutuelle. Les honoraires du médecin-arbitre seront à la charge de la partie perdante.

06. DROIT DE RENONCIATION

L'adhérent ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle dispose d'un droit de renonciation qu'il doit exercer dans le délai de quatorze jours calendaires révolus, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet (c'est-à-dire du jour de la signature du bulletin d'adhésion) ou à compter du jour où il a reçu ses documents contractuels et les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure.

Pour faciliter l'exercice de son droit à renonciation, l'adhérent doit envoyer au siège de la Mutuelle (adresse précisée plus loin), une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique rédigé comme suit : « Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la garantie souscrite effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le... ».

Date et signature.

Adresse : Harmonie Mutuelle - 143, rue Blomet - 75015 Paris.

La Mutuelle s'engage dans ce cas à restituer à l'adhérent dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation, les sommes encaissées.

L'adhérent restitue à la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme qu'il a reçue de cette dernière, à compter du jour où il communique à la Mutuelle, sa volonté de se rétracter.

07. VALIDITÉ DES INFORMATIONS FOURNIES

Les informations fournies sont valables pour l'année civile en cours, sous réserve d'évolutions votées par le conseil d'administration de la Mutuelle.

08. RÉCLAMATIONS ET LITIGES MÉDICAUX

Réclamations

Pour toute réclamation liée à l'application du règlement mutualiste, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle.

Il a la possibilité d'adresser une réclamation écrite

09. LOI APPLICABLE ET LANGUE UTILISÉE

La loi applicable pour régir les rapports entre la Mutuelle et l'adhérent est la loi française.

La Mutuelle s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

10. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège se situe 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS collectif

Règlement Mutualiste Harmonie Protection Plus

Uniquement si vous avez adhéré à l'une des garanties Harmonie Protection Plus

(Protection Hospitalière – Protection Revenus Accident – Protection Blessures ou Protection Décès Accident)

Sommaire

Titre I	DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES DU RÈGLEMENT HARMONIE PROTECTION PLUS	5
Article 1 • Objet du règlement		5
Article 2 • Définitions		5
Article 3 • Adhésion au règlement		5
3.1	Formation de l'adhésion	
3.2	Prise d'effet de l'adhésion	
3.3	Prise d'effet et condition de versement des prestations	
3.4	Territorialité	
3.5	Durée et renouvellement des garanties	
3.6	Renonciation	
3.6.1	Adhésion en agence	
3.6.2	Vente à distance	
3.6.3	Démarchage	
Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion		6
4.1	Nouveaux ayants droit	
4.2	Changement de garantie à l'initiative de l'adhérent	
4.3	Autres modifications	
4.4	Évolution de la garantie et du règlement mutualiste à l'initiative de la Mutuelle	
Article 5 • Cotisations		6
5.1	Appel et paiement des cotisations	
5.2	Non-paiement des cotisations	
5.3	Calcul et réévaluation de la cotisation	
Article 6 • Résiliation d'une ou plusieurs garanties, radiation d'un ayant droit et exclusion		7
6.1	À l'initiative de l'adhérent	
6.2	À l'initiative de la Mutuelle	
6.3	Conséquence de la résiliation ou de l'exclusion	
Article 7 • Délai de prescription		8
Article 8 • Réclamations et litiges médicaux		8
8.1	Réclamations	
8.2	Litiges médicaux	
Article 9 • Subrogation et restitution des prestations indues		8
9.1	Subrogation	
9.2	Restitution des prestations indues	
Article 10 • Exclusions		8
10.1	Exclusions des conséquences de certains risques pour l'ensemble des garanties	
10.2	Exclusions des sinistres survenus dans l'exercice de certaines professions pour les garanties « Protection Blessures », « Protection Revenus Accident » et « Protection Décès Accident »	
10.3	Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Hospitalière »	
10.4	Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Blessures »	
10.5	Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Décès Accident »	
Article 11 • Protection des données à caractère personnel		9
Article 12 • Autorité de contrôle		9
Titre II	GARANTIE « PROTECTION HOSPITALIÈRE »	9
Article 13 • Conditions de souscription et prestations		9
13.1	Définition des prestations	
13.1.1	Indemnités journalières	
13.1.2	Remboursement du « reste à charge »	
13.2	Ouverture des droits	
13.2.1	Indemnités journalières	
13.2.2	Remboursement du « reste à charge »	
13.3	Calcul des prestations	
13.3.1	Indemnités journalières	
13.3.2	Remboursement du « reste à charge »	
13.4	Limitations de garantie	
13.4.1	Hospitalisation en Psychiatrie	
13.4.2	Crédit d'indemnisation	
13.5	Paiement des prestations	
Titre III	GARANTIE « PROTECTION BLESSURES »	10
Article 14 • Conditions de souscription et prestations		10
14.1	Définition des prestations	
14.2	Conditions de souscription de la garantie	
14.3	Montants des capitaux	
14.4	Ouverture des droits	
14.5	Obligation de déclaration	
14.6	Durée de la garantie	
14.7	Paiement des prestations	
Titre IV	GARANTIE « PROTECTION REVENUS ACCIDENT »	11
Article 15 • Conditions de souscription et prestations		11
15.1	Prestations	
15.2	Conditions de souscription et de bénéfice de la garantie	
15.3	Durée d'indemnisation	
15.4	Ouverture des droits	
15.5	Contrôle médical	
15.6	Continuation du service des prestations	
15.7	Déplacements de l'assuré	
15.8	Contrôle de l'assuré	
15.9	Suspension du service des prestations	
15.10	Arrêt définitif du service des prestations	
15.11	Durée de la garantie	
15.12	Paiement des prestations	
Titre V	GARANTIE « PROTECTION DÉCÈS ACCIDENT »	12
Article 16 • Objet de la garantie et définition des prestations		12
16.1	Objet de la garantie	
16.2	Conditions de souscription	
16.3	Bénéficiaires du capital	
16.4	Ouverture des droits	
16.5	Paiement du capital	
Annexe	Liste des Disciplines Médico-Tarifaires	13

Titre I

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES DU RÈGLEMENT HARMONIE PROTECTION PLUS

Article 1 • Objet du règlement

Le présent règlement mutualiste a pour objet de définir le contenu des engagements réciproques existant entre chaque membre participant (ci-après dénommé, adhérent) et la Mutuelle Harmonie Mutuelle (ci-après dénommée, la Mutuelle).

Il est référencé RM/HPP_01/2013. Il détermine les conditions dans lesquelles la Mutuelle verse à l'assuré, selon la ou les garantie(s) souscrite(s) :

∓ pour la garantie « Protection Hospitalière » : en cas d'hospitalisation suite à une maladie ou un accident,

- une indemnité forfaitaire journalière en cas d'hospitalisation en médecine, chirurgie, rééducation et psychiatrie
- et à la prise en charge des frais de soins dépensés par l'assuré en cas d'hospitalisation et restant à sa charge après remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et celui du ou des organismes complémentaires santé auprès duquel (desquels) il a souscrit une garantie « remboursement des frais de santé » ;

∓ pour la garantie « Protection Blessures » : un capital en cas de blessure(s) accidentelle(s) de l'assuré ;

∓ pour la garantie « Protection Revenus Accident » : des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail suite à un accident ;

∓ pour la garantie « Protection Décès Accident » : un capital en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle.

Il détermine également les prestations d'assistance dont peut bénéficier l'assuré. L'intervention de l'assistant au titre de ses garanties d'assistance n'emporte pas reconnaissance du caractère accidentel par l'assureur des garanties « Protection Blessures », « Protection Revenus Accident » et « Protection Décès Accident ».

L'adhérent a la possibilité de souscrire une ou plusieurs des 4 garanties citées ci-dessus.

Article 2 • Définitions

Accident : tout événement soudain, imprévisible, extérieur à l'assuré et non intentionnel de sa part, cause exclusive certaine et directe de l'atteinte corporelle, à l'exception des atteintes psychiques.

Dans tous les cas, ne sont pas considérés comme accident les événements suivants :

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

Adhérent ou membre participant : personne physique qui adhère à la Mutuelle, pour elle-même et les personnes désignées au bulletin d'adhésion, et qui bénéficie des prestations en contrepartie du paiement d'une cotisation.

Adhésion : engagement qui résulte de la réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion, signé par l'adhérent et qui définit la liste des assurés, la garantie souscrite et sa cotisation, la date de prise d'effet de l'adhésion et la date de prise d'effet de la garantie par assuré.

Assisteur : organisme assurant et gérant les prestations d'assistance et dûment agréé à cet effet. Les garanties d'assistance sont assurées par Ressources Mutuelles Assistance, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682 ayant son siège social au 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex.

Assuré(s) : personne(s) physique(s) sur la tête de la (les) quelle(s) repose le risque. Il s'agit donc de l'adhérent et/ou un ou plusieurs de ses ayants droit tels que définis au bulletin d'adhésion pour l'une ou l'autre des garanties objet du présent règlement mutualiste.

Ayants droit : peuvent être ayants droit le conjoint, le concubin de l'adhérent ou la personne liée à ce dernier par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), les enfants de l'adhérent, de son conjoint, de son concubin ou de la personne qui lui est liée par un PACS jusqu'à la fin de l'année civile suivant leur 27^{ème} anniversaire ; toute personne à la charge de l'adhérent.

Bénéficiaire(s) du capital : personne(s) définie(s) à l'article 16.3 du présent règlement.

Brûlure du 2^{ème} degré : destruction de l'épiderme basal et d'une partie du derme, provoquée par la chaleur, des produits caustiques, l'électricité ou des rayonnements artificiels et donnant lieu à l'apparition de phlyctènes.

Brûlure du 3^{ème} degré : destruction totale de la peau et tissus sous cutanés provoquée par la chaleur, des produits caustiques, l'électricité ou des rayonnements artificiels.

La méthode utilisée pour déterminer la surface de brûlure est la règle des 9 de Wallace.

Décès accidentel : tout décès dû à un événement soudain, imprévisible, extérieur à l'assuré et non intentionnel de sa part, cause exclusive, certaine et directe du décès.

Délai de stage : période fixée par le règlement qui commence à courir à compter du jour de prise d'effet des garanties indiquée sur le bulletin d'adhésion et au cours de laquelle le droit au versement des prestations n'est pas ouvert bien que l'adhérent cotise. À son expiration, l'assuré peut prétendre au bénéfice de la garantie dans les conditions prévues au présent règlement.

Disciplines Médico-Tarifaires (D.M.T.) : les Disciplines Médico-Tarifaires qualifient le service dans lequel le malade a été hospitalisé et la nature des soins qui lui ont été donnés. Elles sont identifiées en toutes lettres et par une codification conforme à la Nomenclature du Ministère de la Santé.

Fracture : rupture de continuité complète de l'os avec ou sans déplacement des fragments.

Organisme assureur : la Mutuelle Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise au Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren n° 538 518 473.

Perte totale et irréversible d'autonomie : le fait, pour l'assuré de se voir reconnu, par le médecin-conseil de la Mutuelle, définitivement incapable d'exercer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et de requérir l'assistance permanente, totale et définitive d'une tierce personne pour accomplir tous les actes de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, s'alimenter, se déplacer).

Article 3 • Adhésion au règlement

3.1 Formation de l'adhésion

Pour adhérer, l'adhérent doit remplir avec exactitude et sans omission le bulletin d'adhésion.

La garantie accordée à l'adhérent par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénoté par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Au titre du présent règlement mutualiste, aucun assuré ne peut être couvert simultanément plusieurs fois au titre d'une même garantie.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des dispositions des statuts de la Mutuelle, de son règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste, dont un exemplaire lui est remis préalablement à cette signature.

3.2 Prise d'effet de l'adhésion

Prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle et/ou au règlement mutualiste

L'adhésion à la Mutuelle et/ou au présent règlement mutualiste prend effet au jour de la signature du bulletin d'adhésion ou de modification de l'adhésion. Les garanties prennent effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Néanmoins, la Mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la Mutuelle à solliciter auprès de l'adhérent la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur son identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (l'origine des fonds ou ressources déclarés). En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la Mutuelle est assujettie. L'adhésion est conditionnée aux résultats des vérifications conduites et pourra être refusée, dès lors que cela exposerait la Mutuelle à une quelconque sanction. Pour plus d'informations sur ce sujet, il est possible de se reporter au code de conduite de la Mutuelle, disponible à cette adresse : <https://www.harmonie-mutuelle.fr/anticorruption-nos-engagements>

3.3 Prise d'effet et condition de versement des prestations

D'une manière générale, le droit au versement des prestations est ouvert dès la prise d'effet des garanties indiquées sur le bulletin d'adhésion.

Cependant pour la garantie « Protection Hospitalière », le droit au versement des prestations ne prendra effet qu'à la suite d'un délai de stage d'une durée de 3 mois à compter de la date d'effet des garanties pour chaque assuré.

Ce stage n'est pas appliqué dans les cas suivants :

- ∴ les ayants droit devenant adhérents à leur propre garantie « Protection Hospitalière » ;
- ∴ les assurés de moins de 27 ans au 1^{er} janvier de l'année de la prise d'effet de la garantie ;
- ∴ les ayants droit modifiant leur garantie en faveur d'une indemnité inférieure dans les conditions prévues à l'article 4.2 ;
- ∴ les nouveaux assurés justifiant d'une couverture équivalente auprès d'un autre organisme assureur, sous réserve que l'adhésion à la garantie « Protection Hospitalière » intervienne dans les trois mois suivant la radiation de la précédente garantie ;
- ∴ en cas d'hospitalisation due à un accident lorsque la date de ce dernier est postérieure à la date d'effet des garanties.

Les prestations seront versées sur production de l'ensemble des justificatifs demandés par la Mutuelle, en fonction de la garantie souscrite, sous réserve du paiement effectif des cotisations par l'adhérent. La Mutuelle se réserve le droit de demander tout autre justificatif à l'assuré, non inscrit au présent règlement.

En tout état de cause, pour les garanties « Protection Blessures », « Protection Revenus Accident » et « Protection Décès Accident », la prise en charge ne peut intervenir que si l'accident à l'origine respectivement des blessures, de l'incapacité temporaire totale ou du décès, est survenu postérieurement à la date de prise d'effet des garanties.

De plus, aucune prise en charge ne peut intervenir pour des événements survenant durant la période de suspension de la garantie ou après la résiliation du contrat.

Dans tous les cas, les demandes de paiement des prestations devront être produites dans le délai de prescription défini à l'article 7 du présent règlement.

3.4 Territorialité

Les garanties sont valables dans le monde entier, pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogation, 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois.

Toutefois lorsque le sinistre survient hors de France métropolitaine ou Départements ou Régions d'Outre-mer, le versement des prestations s'effectue en Euros.

3.5 Durée et renouvellement des garanties

Les garanties viennent à échéance au 31 décembre de chaque année. Elles se renouvellent pour une période de 12 mois, par tacite reconduction, sauf dénonciation d'une, plusieurs ou de la totalité des garanties, selon les modalités prévues à l'article 6 et sous réserve que l'âge limite pour le bénéficiaire de la garantie ne soit pas atteint.

Pour les garanties « Protection Hospitalière » et « Protection Revenus Accident », la reconduction se fait dans les conditions relatives au crédit d'indemnisation visées dans les articles 13.1, 13.4, 15.1 et 15.3.

3.6 Renonciation**3.6.1 Adhésion en agence**

L'adhérent peut renoncer à son adhésion en envoyant à l'adresse de son agence dans un délai de 14 jours maximum à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, une lettre recommandée qui peut être rédigée comme suit : « Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le... » Date et signature.

La Mutuelle s'engage dans ce cas à vous restituer dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, les sommes encaissées en application du contrat.

L'adhérent restitue à la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours à compter du jour où il communique à la Mutuelle sa volonté de se rétracter, toute somme qu'il a reçue de cette dernière.

3.6.2 Vente à distance

Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle bénéficie d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ou supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet (c'est-à-dire du jour de la signature du bulletin d'adhésion) ou du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure.

L'assuré doit adresser dans ce délai de 14 jours précité, à l'adresse du siège social de la Mutuelle une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique qui peut être rédigé comme suit : « Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le... » Date et signature.

La Mutuelle est tenue de rembourser à l'adhérent dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du contrat. Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter. Au-delà, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

L'adhérent restitue à la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme qu'il a reçue de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où il communique à la Mutuelle, sa volonté de se rétracter.

3.6.3 Démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités à adresser à l'adresse du siège social de la Mutuelle.

Modèle de rédaction de renonciation : « Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le... » Date et signature.

La Mutuelle s'engage dans ce cas à vous restituer dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, les sommes encaissées en application du contrat.

L'adhérent restitue à la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours à compter du jour où il communique à la Mutuelle sa volonté de se rétracter, toute somme qu'il a reçue de cette dernière.

Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à la Mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance :

- ∴ tout changement de domicile ;
- ∴ toute modification concernant les ayants droit désignés comme tels dans le bulletin d'adhésion ;
- ∴ tout changement de situation professionnelle si l'adhérent est assuré au titre de la garantie « Protection Revenus Accident ».

Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

4.1 Nouveaux ayants droit

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

Nouvel ayant droit suite à naissance ou adoption

Au premier jour du mois de naissance ou d'adoption, et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement.

Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Nouvel ayant droit suite à mariage, concubinage ou signature d'un Pacte Civil de Solidarité

Date d'effet de la modification : au premier jour du mois suivant la survenance de l'événement, et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement.

Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Autres ayants droit

Date d'effet de la modification : premier jour du mois suivant la réception de la demande.

4.2 Changement de garantie à l'initiative de l'adhérent

L'adhérent pourra demander la modification de la garantie, pour lui-même ou pour l'un de ses ayants droit, 12 mois après la date d'adhésion, ou 12 mois après la date du précédent changement de garantie.

Le/les assuré(s) bénéficie(nt) alors des dispositions de sa/ses garantie(s) antérieure(s) jusqu'à la date d'effet de la ou des nouvelles garanties.

Le changement de garantie prendra effet au premier jour du mois suivant la réception, par la Mutuelle, de la demande de modification signée par l'adhérent.

Si le changement vise une amélioration du montant de l'indemnité forfaitaire journalière de la garantie « Protection Hospitalière », la nouvelle garantie s'exerce après application d'un délai de stage selon les dispositions de l'article 3.3. Les frais de séjours hospitaliers intervenant pendant cette période de stage seront alors indemnisés sur les bases de l'ancien montant de l'indemnité journalière.

4.3 Autres modifications

Ces modifications prendront effet au premier jour du mois suivant la réception de leur demande par la Mutuelle.

4.4 Évolution de la garantie et du règlement mutualiste à l'initiative de la Mutuelle

Conformément aux statuts, le présent règlement et les garanties peuvent être modifiés par le conseil d'administration. Ces modifications prennent effet dès lors qu'elles ont été notifiées à l'adhérent.

Article 5 • Cotisations**5.1 Appel et paiement des cotisations**

L'adhérent s'engage à régler une cotisation pour lui-même et l'ensemble des ayants droit désignés au bulletin d'adhésion. La cotisation est due pour l'année entière et payable d'avance.

Son paiement peut être fractionné au mois au trimestre, au semestre, par prélèvement automatique. Le paiement intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion.

5.2 Non-paiement des cotisations

À défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi par la Mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. **Les événements déclenchant une garantie intervenant pendant la période de suspension de celle-ci ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement des cotisations.** Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation 40 jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la Mutuelle d'intenter une action en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

Après résiliation, l'adhérent pourra adhérer à nouveau :

- ⚡ le lendemain de la date de la résiliation, si le bulletin d'adhésion parvient à la Mutuelle dans les 6 mois à compter de cette date et à condition, pour l'adhérent, d'honorer les sommes dues ainsi que les cotisations venues à échéance ;
- ⚡ à défaut, 2 ans après la date de résiliation, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

5.3 Calcul et réévaluation de la cotisation

Pour chacune des garanties, le montant des cotisations est déterminé par le conseil d'administration.

- ⚡ **Pour la garantie « Protection Hospitalière » :** la cotisation est calculée en fonction de l'indemnité choisie et varie avec l'âge de l'assuré au 1^{er} janvier de chaque année. Une majoration pour adhésion tardive est appliquée aux adhésions intervenant après le 1^{er} janvier qui suit le 65^{ème} anniversaire du nouvel assuré.

L'inscription de deux enfants de moins de 27 ans ouvre droit à une exonération de cotisation pour les enfants suivants de moins de 27 ans.

L'adhérent qui inscrit un enfant dans les 3 mois qui suivent sa naissance ou son adoption est dispensé du paiement de la cotisation pour cet enfant pour le mois de sa naissance et le mois qui suit.

Le bénéfice de ces avantages tarifaires ou l'absence d'application de la majoration sont conditionnées à la remise de justificatifs ou attestations sur l'honneur. L'adhérent est informé que l'absence de remise de ces documents aura pour conséquence l'application du tarif selon les cas sans avantage tarifaire ou avec majoration et cela quel que soit le tarif apparaissant sur le devis ou le bulletin d'adhésion.

- ⚡ **Pour la garantie « Protection Revenus Accident » :** la cotisation est calculée en fonction de l'indemnité choisie ;
- ⚡ **Pour la garantie « Protections Blessures » :** la cotisation est forfaitaire ;
- ⚡ **Pour la garantie « Décès Accident » :** la cotisation est calculée en fonction du montant de capital choisi.

Dans tous les cas, les cotisations et les prestations pourront être révisées chaque année notamment en fonction de l'évolution du coût du risque au sein de la collectivité des assurés. Cette révision se fera par décision du conseil d'administration de la Mutuelle.

Article 6 • Résiliation d'une ou plusieurs garanties, radiation d'un ayant droit et exclusion

6.1 À l'initiative de l'adhérent

Résiliation en fin d'année

L'adhérent peut mettre fin :

- ⚡ à une, plusieurs ou à la totalité des garanties auxquelles il a adhéré au titre du présent règlement ;
- ⚡ et ceci pour une, plusieurs ou la totalité des personnes définies dans la liste des personnes assurées en tant qu'ayant droit.

Il doit pour cela notifier à la Mutuelle sa demande de résiliation avant le 31 octobre de l'année selon les modalités prévues à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité.

La demande de résiliation doit être adressée à la Mutuelle selon l'une des modalités suivantes, au choix de l'adhérent :

- ⚡ par lettre ou tout autre support durable ;
- ⚡ par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- ⚡ par acte extrajudiciaire ;
- ⚡ par voie électronique ;
- ⚡ lorsque la Mutuelle propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- ⚡ par tout autre moyen prévu par le règlement mutualiste.

La Mutuelle attestera par écrit la réception de la notification de résiliation.

La résiliation prend effet au 31 décembre de la même année.

La demande de résiliation ou la demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile.

En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

Résiliation en cours d'année

Aucune résiliation n'est acceptée en cours d'année, à l'exception de la « résiliation infra-annuelle » telle que définie ci-après et en dehors des cas suivants :

- ⚡ en cas de décès : la résiliation prend effet au jour du décès ;
- ⚡ en cas de divorce ou de séparation : la résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande ;
- ⚡ au cas où un mineur de plus de 16 ans devient assuré social et souscrit sa/ses propre(s) garantie(s) : la résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

La Mutuelle rembourse à l'adhérent 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.

Résiliation infra-annuelle

L'adhérent peut mettre fin : à une, plusieurs ou à la totalité des garanties auxquelles il a adhéré au titre du présent règlement mutualiste, sans frais ni pénalités à tout moment en cours d'année, après l'expiration d'un délai d'adhésion minimal de 12 mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion au présent règlement mutualiste, selon les conditions et modalités définies à l'article L.221-10-2 et L.221-10-3 du Code de la Mutualité.

La demande de résiliation doit être adressée à la Mutuelle selon l'une des modalités suivantes, au choix de l'adhérent :

- ⚡ par lettre ou tout autre support durable ;
- ⚡ par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- ⚡ par acte extrajudiciaire ;
- ⚡ par voie électronique ;
- ⚡ lorsque la Mutuelle propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- ⚡ par tout autre moyen prévu par le règlement mutualiste.

La Mutuelle atteste par écrit la réception de la notification de résiliation.

La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification.

6.2 À l'initiative de la Mutuelle

En cas de non-paiement des cotisations

La Mutuelle décide de la résiliation de l'ensemble des garanties prévues au titre du présent règlement en cas de non-paiement des cotisations, selon les modalités prévues à l'article 5.2.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle

La garantie accordée à l'adhérent par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

Aussi peut être exclu de la Mutuelle dans les conditions définies à l'article « Exclusion » des statuts tout adhérent ou tout ayant droit qui aura, par fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir des prestations indues.

En cas de fausse déclaration non intentionnelle

Lorsque l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du présent règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent. À défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin 10 jours après notification adressée à l'adhérent par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'adhérent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

6.3 Conséquence de la résiliation ou de l'exclusion

Lors de la résiliation de l'adhésion à une garantie, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit définis au bulletin d'adhésion, à renoncer à tous les services dont il bénéficiait de par son adhésion à ladite garantie.

Les risques réalisés après la date d'effet de la résiliation ne seront pas couverts au titre de la garantie résiliée.

Article 7 • Délai de prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- ∴ en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- ∴ en cas de réalisation du risque, le délai ne court 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 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.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites, au plus tard, trente ans à compter du décès du membre participant.

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 membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L.100 du Code des postes et télécommunications électroniques.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- ∴ une demande en justice, même en référé, ou portée devant une juridiction incompétente ;
- ∴ un acte d'exécution forcée ;
- ∴ la reconnaissance précise et non équivoque par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit.

Article 8 • Réclamations et litiges médicaux

8.1 Réclamations

Pour toute réclamation liée à l'application du présent règlement mutualiste, l'adhérent ou l'ayant droit peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle.

Il a la possibilité d'adresser une réclamation écrite par voie électronique en complétant le formulaire disponible sur l'espace « Harmonie&Moi » ou en envoyant un courrier postal à son centre de gestion habituel.

La Mutuelle accusera réception de la réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation fera l'objet d'une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de son envoi.

Enfin, en application et dans les conditions de l'article « Médiation » des statuts, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, au terme du processus de traitement des réclamations défini par la Mutuelle, et en tout état de cause, deux mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait ou non reçu de réponse de la part de la Mutuelle par voie électronique en complétant le formulaire prévu à cet effet à l'adresse suivante : <http://cnpm-mediation-consommation.eu> ou en écrivant à CNPM – MÉDIATION – CONSOMMATION 27, avenue de la Libération – 42400 Saint-Chamond.

La saisine du médiateur suspend la prescription jusqu'à la fin de la médiation.

8.2 Litiges médicaux

En cas de contestation sur l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire totale de travail ou sur la blessure pouvant ouvrir droit à indemnisation, celui-ci est estimé par une commission comprenant un médecin désigné par l'assuré, un médecin désigné par la Mutuelle et un médecin-arbitre choisi en accord avec les deux premiers. Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, un recours devant le Tribunal de Grande Instance pourrait être envisagé.

Les honoraires du médecin désigné par l'assuré seront à la charge de l'assuré.

Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle seront à la charge de la Mutuelle.

Les honoraires du médecin-arbitre seront à la charge de la partie perdante.

Article 9 • Subrogation et restitution des prestations indues

9.1 Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la Mutuelle à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers.

L'adhérent doit faire une déclaration d'accident à la Mutuelle sauf cas de force majeure dans les plus brefs délais.

9.2 Restitution des prestations indues

Dans l'hypothèse où des prestations ont été versées indûment à un bénéficiaire ou que les montants versés ont été supérieurs à ce qu'il était censé recevoir (suite à une erreur de calcul, par exemple), ce bénéficiaire devra rembourser à la Mutuelle les sommes indûment perçues, en application du Code Civil (articles 1302 et 1302-1 du Code Civil).

Ceci s'applique y compris si l'origine de l'indu est liée à une erreur de la Mutuelle.

La Mutuelle a 5 ans pour demander le paiement de cet indu, à compter du paiement, sauf à ce qu'elle ait été empêchée d'agir par suite d'un empêchement quelconque tel que la force majeure ou l'ignorance du caractère indu du paiement. Le cas échéant, un plan de remboursement pourra être établi avec le bénéficiaire concerné, en tenant compte de sa situation personnelle.

Article 10 • Exclusions

10.1 Exclusions des conséquences de certains risques pour l'ensemble des garanties

Sont exclues de l'ensemble des garanties, les conséquences :

- ∴ des tentatives de suicide ou de tout acte intentionnel de l'assuré ;
- ∴ de luttes, duels, rixes (sauf cas de légitime défense) ;
- ∴ d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré ;
- ∴ d'un acte effectué dans un état d'imprégnation alcoolique caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par le Code de la route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement ;
- ∴ directes ou indirectes de faits de guerres (civiles et étrangères), d'émeutes, d'actes de terrorisme ou de sabotage auxquels participe l'assuré ;
- ∴ de la désintégration du noyau atomique ;
- ∴ de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;
- ∴ de catastrophes naturelles, telles que tremblements de terre ou inondations ;
- ∴ de la pratique de sports aériens, automobiles ou motocyclistes à titre amateur ou professionnel et de tous les autres sports à titre professionnel ;
- ∴ de la navigation aérienne comme pilote ou passager de tout appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas un brevet ou une licence valable pour l'appareil utilisé.

10.2 Exclusions des sinistres survenus dans l'exercice de certaines professions pour les garanties « Protection Blessures », « Protection Revenus Accident » et « Protection Décès Accident »

Les sinistres survenus dans l'exercice des professions suivantes ne sont pas indemnisés :

- ∴ cascadeurs ;
- ∴ pompiers ;
- ∴ tous les métiers ou activités exercés dans les domaines :
- ∴ du transport de fonds ;
- ∴ du cirque ;
- ∴ de la surveillance armée ;
- ∴ du maintien de l'ordre ;
- ∴ de l'usage d'explosifs ;
- ∴ des travaux forestiers ;
- ∴ des ouvrages d'art et de grande hauteur du bâtiment ;
- ∴ et travaux publics (plus de 15 m de hauteur).

10.3 Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Hospitalière »

Sont exclus de l'indemnisation au titre de la garantie « Protection Hospitalière » les séjours réalisés dans des services classifiés par des Disciplines Médico-Tarifaires (D.M.T.) listées dans le tableau figurant en dernières pages du présent règlement mutualiste (il s'agit des D.M.T. notées NON dans ledit tableau).

10.4 Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Blessures »

Sont exclus de l'indemnisation au titre de la garantie « Protection Blessures » :

- ∴ les conséquences d'une exposition au soleil, aux ultraviolets, à tout appareil quelconque de bronzage artificiel ;
- ∴ les brûlures autres que celles définies à l'article 2 du présent règlement mutualiste.

10.5 Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Décès Accident »

Sont exclus de l'indemnisation au titre de la garantie « Protection Décès Accident » les décès ou pertes totales et irréversible d'autonomie résultant :

- ∴ du suicide de l'assuré ;
- ∴ de la participation à des matchs, paris, défis, courses, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin, sauf compétition sportive normale (par compétition sportive normale, il faut entendre toute compétition organisée selon la pratique ou la coutume dans le sport considéré) ;
- ∴ de l'usage en tant que pilote ou passager de motocyclette d'une cylindrée supérieure à 250 cm³.

Ne sont pas considérés comme accidentels, les décès dont la cause est indéterminée.

Article 11 • Protection des données à caractère personnel

La Mutuelle, en tant que responsable de traitement, met en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants droit, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts.

La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour :

- ∴ le recouvrement et le contentieux ;
- ∴ son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées ;
- ∴ le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- ∴ dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres ;
- ∴ toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique). Les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre pour des motifs légitimes d'un droit d'effacement, d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition.

L'adhérent a toujours le droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel le concernant à des fins de prospection commerciale.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent et ses ayants droit peuvent exercer leurs droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - de la Mutuelle par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à « Harmonie Mutuelle - Service DPO - 29 quai François Mitterrand - 44273 Nantes Cedex 2 ». Lors de l'exercice de ces droits, la production d'un titre d'identité pourra être demandé.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et à l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés - CNIL - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).

Article 12 • Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège se situe 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Titre II

GARANTIE
« PROTECTION HOSPITALIÈRE »

Article 13 • Conditions de souscription et prestations

13.1 Définition des prestations

13.1.1 Indemnités journalières

La garantie « Protection Hospitalière » permet à l'assuré de bénéficier d'une indemnité forfaitaire journalière en cas d'hospitalisation de plus de 3 jours continus suite à une maladie ou un accident en médecine, chirurgie, rééducation et psychiatrie, conformément à la liste des Disciplines Médico-Tarifaires indiquées dans le tableau figurant en dernières pages du présent règlement mutualiste (il s'agit des D.M.T. notées OUI dans ledit tableau). Pour donner lieu à indemnisation, le premier jour d'hospitalisation doit intervenir postérieurement à la prise d'effet du droit au versement des prestations conformément à l'article 3.3. En cas de séjours successifs y compris dans des établissements hospitaliers différents, séparés de moins de 24 heures, le premier jour d'hospitalisation pris en compte est celui du premier séjour hospitalier.

L'indemnisation est versée dans les limites décrites à l'article 13.4 et notamment dans la limite d'un crédit d'indemnisation de 365 jours.

L'adhérent choisit lui-même le montant de l'indemnité journalière qu'il souhaite parmi les 3 options proposées : 15, 30 ou 45 Euros.

13.1.2 Remboursement du « reste à charge »

La garantie « Protection Hospitalière » permet aussi à l'assuré ayant souscrit (ou inscrit à) la garantie « Protection Hospitalière » du présent règlement mutualiste depuis au moins 24 mois consécutifs, de bénéficier de la prise en charge des frais de soins :

- ∴ qui ont été engagés par l'assuré après ce délai de 24 mois pour une hospitalisation ayant donné lieu à une intervention de l'Assurance maladie obligatoire ;
- ∴ et qui restent à sa charge après le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et celui du ou des organismes complémentaires santé auprès duquel (desquels) il a souscrit une garantie remboursement frais de santé.

Cette somme est dénommée « reste à charge ».

La prestation remboursement du « reste à charge » est une prestation en espèces et indemnitaire, ainsi son versement ne peut excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a le droit.

Le remboursement du « reste à charge » se fait dans la limite d'un plafond de 250 Euros par année civile. Ce montant est doublé après 48 mois d'ancienneté consécutifs pour chaque assuré dans la garantie « Protection Hospitalière » du présent règlement mutualiste.

13.2 Ouverture des droits

13.2.1 Indemnités journalières

Pour être indemnisé l'assuré doit adresser à la Mutuelle un bulletin d'hospitalisation faisant état des dates d'hospitalisation et de la D.M.T. correspondante et remplir, pour les hospitalisations faisant suite à un accident, un formulaire « demande d'indemnisation » (document fourni par la Mutuelle sur demande). Le médecin-conseil de la Mutuelle se réserve le droit de solliciter toute pièce complémentaire qu'il jugerait utile pour prendre sa décision.

13.2.2 Remboursement du « reste à charge »

Pour être indemnisé, l'assuré doit adresser à la Mutuelle d'éventuels décomptes du ou des organismes complémentaires santé, autre que la Mutuelle, auprès duquel (desquels) l'assuré a souscrit une garantie « remboursement des frais de santé » et de la ou des factures justifiant du « reste à charge ».

13.3 Calcul des prestations

Les prestations ne sont dues que pendant la période d'effet de la garantie, conformément aux dispositions des articles 3.3 et 5.2 sous réserve des éventuels délais de stage et de la résiliation de la garantie.

13.3.1 Indemnités journalières

L'indemnisation débute au 1^{er} jour d'hospitalisation dès que sa durée dépasse 3 jours (en dehors des exclusions prévues à l'article 10).

13.3.2 Remboursement du « reste à charge »

La prestation est due pour les hospitalisations de plus de 3 jours consécutifs ayant donné lieu à un remboursement de l'Assurance maladie obligatoire (en dehors des exclusions prévues à l'article 10) et ayant laissé à l'assuré un « reste à charge ».

Il doit aussi remplir, pour les hospitalisations faisant suite à un accident, un formulaire « demande d'indemnisation » (document fourni par la Mutuelle sur demande).

Le « reste à charge » est calculé de la manière suivante. Les frais de soins engagés par l'assuré en cas d'hospitalisation pris en compte dans le cadre de cette garantie sont exclusivement :

- ∓ les honoraires et dépassement d'honoraires pour les actes de chirurgie ou d'anesthésie ou tout autre acte effectués durant l'hospitalisation ;
- ∓ le forfait journalier ;
- ∓ les frais de chambre particulière ;
- ∓ les frais d'accompagnement facturés par l'établissement hospitalier pour la personne qui accompagne l'assuré.

Ne sont pas pris en compte ni les frais de télévision ni les frais de téléphone.

Le « reste à charge » est égal au montant total de la dépense ainsi obtenue auquel est retranché le remboursement du régime obligatoire dont dépend l'assuré et le remboursement du ou des organismes complémentaires santé auprès duquel (desquels) il a souscrit une garantie « remboursement des frais de santé ».

13.4 Limitations de garantie

13.4.1 Hospitalisation en Psychiatrie

Le versement d'indemnités journalières est limité à 30 jours par année civile pour les hospitalisations en Psychiatrie.

13.4.2 Crédit d'indemnisation

Le versement d'indemnités journalières est limité à un crédit d'indemnisation de 365 jours qui peut être épuisé en un ou plusieurs séjours hospitaliers.

Si une nouvelle hospitalisation intervient moins d'un an après la fin de la précédente, les droits de l'assuré sont ouverts pour le crédit d'indemnisation restant.

Si une nouvelle hospitalisation intervient plus d'un an après la fin de la dernière hospitalisation indemnisée, le crédit d'indemnisation est intégralement reconstitué.

En cas de nouvelle adhésion dans les 12 mois suivant une résiliation, le crédit d'indemnisation dont dispose l'assuré est celui dont il bénéficiait lors de la radiation de la précédente garantie.

On entend par nouvelle hospitalisation, une hospitalisation qui a lieu avec un intervalle d'au moins 24 heures entre la fin du précédent séjour hospitalier et le premier jour du nouveau séjour hospitalier.

13.5 Paiement des prestations

Les prestations garanties sont versées directement à l'assuré ou à son représentant légal, sous réserve des dispositions des articles 3.3 et 5.2 du présent règlement.

Elles sont versées dans un délai maximum de quinze jours calendaires jours, à compter de la réception de la totalité des pièces justificatives demandées par la Mutuelle à l'article précédent, sauf cas de force majeure et hors délai bancaire.

Titre III

GARANTIE « PROTECTION BLESSURES »

Article 14 • Conditions de souscription et prestations

14.1 Définition des prestations

En cas de blessures résultant d'un accident au sens de l'article 2 du présent règlement, la Mutuelle verse à l'assuré un capital dont le montant dépend du type de blessure, de sa localisation et, pour une brûlure, de sa surface.

L'indemnisation est forfaitaire.

Seules les blessures mentionnées à l'article 14.3 sont indemnisables.

14.2 Conditions de souscription de la garantie

Peuvent souscrire la garantie « Protection Blessures », les personnes âgées de 18 à 79 ans à la date d'effet de la garantie.

Ne peuvent être assurés par la présente garantie que les personnes âgées de plus de 18 ans.

14.3 Montants des capitaux

Capitaux	Fractures	Brûlures du 2 ^{ème} et du 3 ^{ème} degré (surface de la brûlure estimée par la règle des 9 de Wallace)	Traumatismes/ lésions
500 €	Nez, mâchoire supérieure, clavicule, côte, sternum, métacarpe, doigt, métatarse, orteil, rotule coccyx.		Rupture des ligaments de la cheville ou du genou.
1 000 €	Crâne, mâchoire inférieure, vertèbre, bras (humérus), avant-bras (radius, cubitus), coude, poignet, carpe (main hors métacarpe et doigt), fémur, jambe (tibia, péroné), tarse et calcanéum (pied hors métatarse et orteil).	De 9% à 17%	
2 000 €	Épaule (hors clavicule), genou (hors rotule), col du fémur, hanche, bassin, cheville.	De 18% à 26%	
4 000 €	Crâne avec déficit neurologique, vertèbre avec déficit neurologique.	27% et plus	

Plafond de garantie

Le total des capitaux cumulés par année civile et pour un même assuré est plafonné à 5 000 Euros.

En cas de fractures et traumatismes multiples lors d'un même événement, seule la blessure correspondant au capital le plus élevé est indemnisée.

14.4 Ouverture des droits

L'assuré doit déclarer, dès qu'il en a connaissance, tout sinistre de nature à entraîner une indemnisation et adresser, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de la Mutuelle, les éléments suivants :

- ∓ le questionnaire médical sinistre (fourni par la Mutuelle sur demande) dûment complété et signé par un médecin ;
- ∓ une copie des comptes rendus d'imagerie médicale (radiographies, scanner, IRM, autre) ;
- ∓ le cas échéant, la copie des comptes rendus d'hospitalisation et d'intervention.

Dans tous les cas le médecin-conseil de la Mutuelle se réserve le droit de solliciter toutes pièces complémentaires et de faire procéder à toute expertise qu'il jugerait utile pour prendre sa décision.

14.5 Obligation de déclaration

La Mutuelle fonde ses engagements sur les déclarations et justificatifs fournis par l'assuré. Toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre expose l'assuré à une déchéance des garanties voire de nullité de l'adhésion, conformément à l'article 6.2

14.6 Durée de la garantie

En dehors des cas de nullité, de résiliation ou de radiation, l'adhésion à la garantie « Protection Blessures » prend obligatoirement fin au plus tard le 31 décembre qui suit le 85^{ème} anniversaire de l'assuré.

14.7 Paiement des prestations

Les prestations garanties sont versées directement à l'assuré ou à son représentant légal, sous réserve des dispositions de l'article 5.2 du présent règlement.

Elles sont versées dans un délai maximum de quinze jours calendaires, à compter de la réception de la totalité des pièces justificatives demandées par la Mutuelle à l'article précédent, sauf cas de force majeure et hors délai bancaire.

Titre IV

GARANTIE « PROTECTION REVENUS ACCIDENT »

Article 15 • Conditions de souscription et prestations

15.1 Prestations

Cette garantie permet à l'assuré de percevoir des indemnités journalières forfaitaires lorsqu'il est momentanément dans l'impossibilité complète et médicalement constatée d'exercer son activité professionnelle par suite d'un accident tel que défini à l'article 2.

L'impossibilité complète d'exercer son activité professionnelle comprend également l'impossibilité d'exercer les activités de gestion, de surveillance ou de direction y afférentes.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail médicalement constatée suite à un accident, la Mutuelle verse à l'assuré des indemnités journalières **dans la limite d'un crédit d'indemnisation de 365 jours**, pendant la durée de son activité professionnelle sous réserve des dispositions de l'article 15.10.

Le montant de l'indemnité peut être choisi parmi les 3 options proposées : 15, 30 ou 45 Euros.

Pour l'assuré exerçant une activité pour une durée déterminée ou dans le cadre d'un contrat de travail intérimaire le montant de l'indemnité journalière est de 15 Euros.

15.2 Conditions de souscription et de bénéfice de la garantie

Peuvent souscrire la garantie « Protection Revenus Accident », les personnes âgées de 18 à 62 ans à la date d'effet de la garantie, et sous respect des conditions visées à l'article 3 du présent règlement.

Ne peuvent être assurées par la présente garantie que les personnes âgées de plus de 18 ans.

La garantie ne peut être souscrite que pour assurer des personnes exerçant une activité professionnelle.

Seuls peuvent bénéficier de la garantie les assurés exerçant une activité professionnelle au 1^{er} jour de l'arrêt de travail.

Les assurés qui sont expatriés ou détachés ne peuvent bénéficier de cette garantie.

En cours de contrat, les garanties sont suspendues de plein droit le premier jour du mois suivant la date à partir de laquelle l'assuré informe la Mutuelle qu'il est expatrié ou détaché hors du territoire français métropolitain ou Départements ou Régions d'Outre-mer.

15.3 Durée d'indemnisation

L'indemnisation débute dès le premier jour d'arrêt de travail.

Le crédit d'indemnisation de 365 jours peut être épuisé en un ou plusieurs arrêts de travail.

Si un nouvel arrêt intervient moins d'un an après la fin du précédent arrêt indemnisé au titre de cette garantie, les droits de l'assuré sont ouverts pour le crédit d'indemnisation restant.

Si un nouvel arrêt intervient plus d'un an après la fin du précédent arrêt indemnisé au titre de cette garantie, le crédit d'indemnisation est intégralement reconstitué.

En cas de nouvelle adhésion dans les 12 mois suivant une résiliation, le crédit d'indemnisation dont dispose l'assuré est celui dont il bénéficiait lors de la radiation de la précédente garantie.

15.4 Ouverture des droits

L'assuré doit déclarer, dès qu'il en a connaissance, tout sinistre de nature à entraîner une indemnisation et adresser tout document médical qui lui serait demandé, sous pli confidentiel à l'adresse du médecin-conseil de la Mutuelle.

En complément des éléments ci-dessus, l'assuré devra :

- ∴ s'il est salarié, joindre à cette demande les décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale et justifiant de son incapacité de travail ;
- ∴ s'il est non salarié, fournir dans les 48 heures suivant sa cessation d'activité un avis d'arrêt de travail complété par un médecin, précisant la date d'arrêt, la durée de celui-ci et les heures de sorties autorisées (ce document pouvant être constitué par l'avis d'arrêt de travail de la Sécurité sociale). **À défaut de l'adresser dans ce délai, l'assuré est considéré comme ayant cessé son activité le jour de l'envoi de cet avis à la Mutuelle (le cachet de la poste faisant foi).**

Le versement des indemnités est conditionné à la production, par l'assuré, des justificatifs ci-dessus mentionnés.

Dans tous les cas, le médecin-conseil de la Mutuelle se réserve le droit de solliciter toutes pièces complémentaires et de faire procéder à toute expertise qu'il jugerait utile pour prendre sa décision.

15.5 Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de faire appel à un médecin-conseil.

Le médecin-conseil de la Mutuelle se réserve le droit de solliciter toutes pièces complémentaires nécessaires à l'ouverture des droits ou de faire procéder à une expertise médicale.

Lors du contrôle médical, le bénéficiaire peut être accompagné par son médecin traitant ou tout professionnel de santé de son choix (dentiste, spécialiste etc.) et/ou opposer les conclusions de son médecin traitant ou d'un professionnel de santé de son choix. Les honoraires du professionnel de santé choisi par le bénéficiaire restent à la charge de ce dernier.

15.6 Continuation du service des prestations

Les prolongations d'arrêt de travail sont indemnisées au fur et à mesure de la réception par la Mutuelle :

- ∴ pour les salariés, des décomptes de la Sécurité sociale ;
- ∴ pour les non salariés de l'attestation mensuelle de non reprise d'activité ;
- ∴ pour les salariés et les non salariés, des avis de prolongation d'arrêt de travail.

L'assuré doit fournir, sous pli confidentiel à l'adresse du médecin-conseil de la Mutuelle, une nouvelle attestation médicale si le document lui est demandé.

15.7 Déplacements de l'assuré

En cas de changement, même provisoire, de l'adresse où l'assuré peut être visité, celui-ci doit préalablement en avvertir la Mutuelle.

En tout état de cause, l'assuré doit rester présent à son domicile en dehors des heures de sorties autorisées par le médecin ayant prescrit l'arrêt de travail (excepté en cas de soins ou d'examens médicaux).

15.8 Contrôle de l'assuré

La Mutuelle peut, à tout moment, faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations.

L'assuré ne peut pas se soustraire à ces visites, contrôles et enquêtes, sous peine d'application des dispositions de l'article 15.9.

15.9 Suspension du service des prestations

1- Le service des prestations est suspendu provisoirement tant que l'assuré ne se conforme pas aux obligations prévues aux articles 15.4 et 15.5 de ce règlement.

Lorsque l'intéressé régularise sa situation, le service des prestations est repris, avec effet à la date de la suspension.

Le service des prestations est donc rétroactif dans ce cas.

2- **Si l'assuré ne se conforme pas aux obligations prévues aux articles 15.6, 15.7 et 15.8 du présent règlement, la Mutuelle décide la suspension immédiate du service des prestations et fait procéder à une enquête au cours de laquelle l'intéressé est invité à fournir des justificatifs attestant de sa bonne foi. Le versement des prestations reprend à compter du jour où l'assuré régularise sa situation. L'absence de justificatif entraînera l'interruption du service des prestations, et ce pour tout l'arrêt de travail concerné et ses éventuelles prolongations.**

En cas de manquement renouvelé aux obligations du présent règlement, constaté par la Mutuelle, celle-ci procède de plein droit à la résiliation de la garantie et à l'annulation des droits de l'intéressé aux prestations en cours. La Mutuelle pourra, par ailleurs, engager des poursuites contre l'assuré pour la récupération des sommes indûment payées.

Les cotisations versées par l'intéressé antérieurement à la résiliation demeurent acquises à la Mutuelle.

15.10 Arrêt définitif du service des prestations

Le service des prestations prend fin à compter du jour où l'intéressé ne remplit plus les conditions fixées par le présent règlement pour en bénéficier, notamment :

- ∴ à la date d'effet de la suspension, ou suite à un avis défavorable du médecin-conseil de la Mutuelle, du médecin-arbitre, ou de tout autre expert médical désigné par l'une des parties quant à la continuation du service de la prestation ;
- ∴ en cas de rupture du contrat de travail ou de cessation d'activité, il est précisé que :
 - pour les salariés, l'indemnisation cesse au plus tard 90 jours après la date de fin de contrat ;
 - pour les non salariés, l'indemnisation cesse au plus tard 90 jours à compter de la cessation définitive de son activité ;
- ∴ dans tous les cas, l'indemnisation cesse en cas d'épuisement du crédit d'indemnisation.

15.11 Durée de la garantie

En dehors des cas de nullité, de résiliation ou de radiation, la garantie cesse du jour où l'intéressé ne remplit plus les conditions fixées par le présent règlement pour en bénéficier, notamment :

- ∴ en cas d'atteinte de l'âge limite au service de la prestation (au 31 décembre qui suit le 67^{ème} anniversaire) ;
- ∴ au jour où l'assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse sous réserve qu'il n'exerce pas une autre activité professionnelle ;
- ∴ à la date d'effet de la résiliation de la garantie ;
- ∴ au jour du décès de l'assuré.

15.12 Paiement des prestations

Les prestations garanties sont versées directement à l'assuré ou à son représentant légal, sous réserve des dispositions de l'article 5.2 du présent règlement.

Elles sont versées dans un délai maximum de quinze jours calendaires, à compter de la réception de la totalité des pièces justificatives demandées par la Mutuelle à l'article précédent, sauf cas de force majeure et hors délai bancaire.

Titre V

GARANTIE « PROTECTION DÉCÈS ACCIDENT »

Article 16 • Objet de la garantie et définition des prestations

16.1 Objet de la garantie

Cette garantie ouvre droit au versement d'un capital lors de la survenance du décès accidentel.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré suite à un accident, celui-ci a la possibilité de demander à percevoir par anticipation le versement du capital décès garanti. Le versement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie « Protection Décès Accident ».

L'indemnisation est forfaitaire.

En cas de disparition officiellement reconnue du corps de l'assuré (nauffrage ou destruction du moyen de transport dans lequel il circulait), il y aura présomption de décès à l'expiration du délai d'un an à compter du jour de l'accident. Cependant, s'il était constaté à quelque moment que ce soit après le versement d'une indemnité au titre de la disparition de l'assuré, que ce dernier est encore vivant, les sommes indûment versées à ce titre devront être intégralement remboursées à la Mutuelle.

Il incombe au bénéficiaire d'apporter la preuve du caractère accidentel de l'événement en cause, notamment par procès-verbal de gendarmerie ou rapport de police.

L'adhérent choisit le montant du capital qu'il souhaite parmi les 3 options proposées : 20 000, 40 000 ou 60 000 Euros.

16.2 Conditions de souscription

Peuvent souscrire la garantie « Protection Décès Accident », les personnes âgées de 18 ans au moins à la date d'effet de la garantie.

Il n'y a pas d'ayant droit pour cette garantie. Chaque assuré doit souscrire sa propre garantie.

16.3 Bénéficiaires du capital

En cas de décès accidentel, les bénéficiaires du capital sont les personnes désignées comme telles sur le bulletin d'adhésion.

À défaut de désignation expresse ou en cas de pré-décès de tous les désignés, les bénéficiaires sont :

« Le conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, ou le partenaire survivant lié à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité, à défaut les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut les héritiers de l'assuré selon l'ordre successoral. »

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie par accident, le bénéficiaire du capital est l'assuré.

16.4 Ouverture des droits

En cas de décès :

Les bénéficiaires désignés par l'assuré devront envoyer à la Mutuelle les documents suivants :

- ⚡ Bulletin d'adhésion et les éventuels avenants ;
- ⚡ Bulletin de décès de l'assuré ;
- ⚡ Certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- ⚡ Pièces justifiant des droits et de la qualité des bénéficiaires : copie signée du livret de famille ou carte nationale d'identité ou passeport portant la mention manuscrite « je certifie être en vie à la date du _____ », certificat d'hérédité ;
- ⚡ Tout justificatif lié à la législation en vigueur à la date du décès ;
- ⚡ Procès-verbal de gendarmerie ou rapport de police établissant le caractère accidentel du décès.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :

- ⚡ L'assuré en tant que bénéficiaire du capital doit apporter les justificatifs de sa perte totale et irréversible d'autonomie, ainsi que de son origine accidentelle au sens de l'article 2 du présent règlement,
- ⚡ Notamment des éléments détaillant :
 - la date de survenance de l'accident, ses circonstances précises ;
 - toutes preuves susceptibles d'établir le caractère accidentel de la perte totale et irréversible d'autonomie.

La demande de reconnaissance de sa perte totale et irréversible d'autonomie d'origine accidentelle est à adresser à la Mutuelle par

courrier recommandé avec avis de réception. Un questionnaire médical sera adressé à l'assuré. Ce questionnaire médical sera à retourner, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de la Mutuelle.

Le médecin-conseil de la Mutuelle se réserve le droit de solliciter toutes pièces complémentaires et de faire procéder à toute expertise qu'il jugerait utile pour prendre sa décision sur la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.

16.5 Paiement du capital

En cas de décès de l'adhérent, le capital garanti est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les 30 jours calendaires qui suivent la réception des pièces indiquées à l'article 16.4.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le montant du capital décès sera versé à l'adhérent par anticipation, dans les 30 jours calendaires qui suivent la réception des pièces indiquées à l'article 16.4.

Liste des Disciplines Médico-Tarifaires exclues (NON) et prises en charge (OUI)

Code D.M.T.	Discipline	Versement IFJ
35	Scannographie X	OUI
39	Radiothérapie externe (caesium, cobalt)	OUI
43	Curiothérapie	OUI
76	Immunologie (sans autre indication)	OUI
102	Maladies infectieuses	OUI
103	Toxicologie (y compris, en particulier activité centre-anti-poison)	OUI
104	Réanimation médicale (y compris soins intensifs)	OUI
105	Réanimation polyvalente (médicale et chirurgicale, y compris soins intensifs)	OUI
106	Surveillance continue - médecine (non compris soins intensifs)	OUI
107	Surveillance continue polyvalente (médicale et chirurgicale)	OUI
108	Pédiatrie indifférenciée	OUI
109	Pédiatrie enfants et adolescents	OUI
110	Pédiatrie nouveau-nés et nourrissons indifférenciée	OUI
111	Pédiatrie nourrissons	OUI
112	Néonatalogie	OUI
113	Médecine gériatrique	OUI
114	Spécialités médicales indifférenciées	OUI
115	Allergologie	OUI
116	Dermatologie et vénérologie indifférenciées	OUI
117	Dermatologie	OUI
118	Vénérologie	OUI
119	Endocrinologie diabétologie nutrition métabolisme indifférenciés	OUI
120	Endocrinologie	OUI
121	Diabétologie	OUI
122	Nutrition métabolisme	OUI
123	Hématologie et maladie du sang	OUI
124	Hépatogastro-entérologie	OUI
125	Maladies tropicales et exotiques	OUI
126	Médecine carcinologique	OUI
127	Médecine cardio-vasculaire	OUI
129	Neurologie	OUI
130	Pneumologie indifférenciée	OUI
131	Pneumologie non tuberculeuse	OUI
132	Phthisiologie	OUI
133	Rhumatologie	OUI
134	Radiothérapie et médecine nucléaire indifférenciées	OUI
135	Radiothérapie	OUI
136	Médecine nucléaire	OUI
137	Chirurgie générale	OUI
138	Chirurgie infantile indifférenciée	OUI
139	Chirurgie enfants et adolescents	OUI
140	Chirurgie nouveau-nés et nourrissons	OUI
141	Réanimation chirurgicale indifférenciée (y compris soins intensifs)	OUI
142	Surveillance continue en chirurgie (non compris soins intensifs)	OUI
143	Spécialités chirurgicales indifférenciées	OUI
144	Chirurgie carcinologique	OUI
145	Chirurgie des grands brûlés	OUI
146	Chirurgie digestive	OUI
147	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire indifférenciées	OUI
148	Chirurgie thoraco-pulmonaire	OUI
149	Chirurgie vasculaire	OUI
150	Chirurgie cardio-vasculaire	OUI
151	Neurochirurgie	OUI
152	Orthop. traumato. et chirurgie plastique et réparatrice indifférenciées	OUI
153	Orthopédie - traumatologie	OUI
154	Chirurgie plastique et réparatrice	OUI
155	O.R.L. et ophtalmologie indifférenciées	OUI
156	Otorhinolaryngologie	OUI
157	Ophtalmologie	OUI
158	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale indifférenciées	OUI
159	Stomatologie	OUI
160	Chirurgie maxillo-faciale	OUI
161	Urologie	OUI
162	O.R.L., ophtalmologie et stomatologie indifférenciées	OUI
163	Gynécologie, obstétrique indifférenciées	OUI
164	Gynécologie	OUI

Code D.M.T.	Discipline	Versement IFJ
165	Obstétrique	OUI
166	Chroniques et convalescents indifférenciés	NON
167	Chroniques	NON
168	Repos - Convalescence - régime indifférenciés	NON
169	Repos	NON
170	Convalescence	NON
171	Régime diététique	NON
172	Rééducation fonctionnelle et réadaptation polyvalente	OUI
173	Cure thermique indifférenciée	NON
174	Médecine générale et spécialités médicales indifférenciées	OUI
176	Long séjour pour personnes ayant perdu leur autonomie de vie	NON
177	Cure médicale en établissement d'hébergement pour personnes âgées	NON
178	Rééducation fonctionnelle et réadaptation motrice	OUI
179	Rééducation fonctionnelle et réadaptation neurologique	OUI
180	Rééducation des affections respiratoires	OUI
181	Chirurgie générale et spécialités chirurgicales indifférenciées	OUI
182	Rééducation des maladies cardiovasculaires	OUI
183	Maternité obstétrique sans possibilités chirurgicales	OUI
184	Rééducation des affections hépato-digestives	OUI
185	Repos convalescence indifférenciés	NON
187	Rééducation fonctionnelle et réadaptation (autre)	OUI
189	Cure thermique des voies respiratoires	NON
193	Cure thermique en rhumatologie et séquelles de traumatisme ostéo-articulaire	NON
194	Cure thermique en dermatologie	NON
195	Lutte contre les toxicomanies (autres que l'alcoolisme)	NON
196	Lutte contre l'alcoolisme (y compris alcoologie)	NON
198	Lutte contre le cancer (C.R.L.C.)	NON
206	Lutte anti-hansenienne (lèpre)	NON
210	Médecine UM gériatrie, addictologie, douleurs chroniques-HC	OUI
212	Soins en ehpad / établissements pour personnes âgées	NON
213	Médecine UM gériatrie, addictologie, douleurs chroniques-ambulatoire	OUI
214	Post-cure pour alcooliques	NON
216	Médecine autres UM-Hospitalisation complète	OUI
217	Lutte contre tuberculose indifférenciée	NON
219	Lutte contre la tuberculose pulmonaire (sanatorium pulm., hôtel de cure)	NON
220	Lutte contre la tuberculose extra-pulmonaire	NON
221	Cure et repos en préventorium	NON
222	Traitement préventif de la tuberculose (aérium)	NON
223	Médecine générale ou polyvalente	OUI
224	Observation et traitement des pneumoconioses	OUI
225	Médecine interne	OUI
226	Accueil et orient. des malades atteints ou suspect, de tuberc. pulm.	OUI
227	Post-cure pour tuberculeux	NON
228	Médecine autres UM-ambu	OUI
229	Médecine - GHS intermédiaire	OUI
230	Psychiatrie générale	OUI 30j max
231	Médecine - administration des produits de la réserve hospitalière	OUI
232	Spécialités coûteuses	OUI
233	SPE très coûteuses - Réa	OUI
234	Chirurgie - HC	OUI
235	Soins intensifs de néonatalogie	OUI
236	Psychiatrie infanto-juvénile	OUI 30j max
239	Chirurgie - Hospitalisation Ambulatoire	OUI
240	Obstétrique - Hospitalisation Complète	OUI
244	Obstétrique - Hospitalisation Ambulatoire	OUI
245	Nouveaux nés - Hospitalisation Complète	OUI
252	Pouponnière à caractère sanitaire (hébergement et soins en...)	NON
256	Séance chimiothérapie	OUI
263	Placement familial sanitaire	NON
265	Séance dialyse	OUI
267	Action médico sociale précoce pour enfants polyhandicapés	NON
268	Action médico sociale précoce pour autre catégorie de clientèle	NON

Versement IFJ = Versement de l'Indemnité Forfaitaire Journalière

Code D.M.T.	Discipline	Versemt IFJ
269	Soins de type foyer à double tarification pour adulte handicapés	NON
270	Educ gène et soins spécialisés pour enfants déficients intellectuels	NON
271	Educ gène et soins spécialisés pour tous types de déficiences	NON
272	Séance de protonthérapie	OUI
273	Hébergement en service ou unité de soins de longue durée	NON
274	Séances radiot hte précision : stéréotaxie, irradiation corporelle totale ...	OUI
275	Autres séances	OUI
278	Aide psychologique universitaire	NON
292	Éducation générale et soins spécialisés pour enfants polyhandicapés	NON
294	Éducation gène et soins spécialisés pour enfants déficients moteurs	NON
295	Éducation générale et soins spécialisés pour enfants déficients visuels	NON
298	Éducation générale et soins spécialisés pour enfants déficients auditifs	NON
302	Chimiothérapie en hématologie et cancérologie	OUI
303	Urgence médicale (service de porte)	OUI
304	Transplantation du foie	OUI
305	Transplantations rénales	OUI
306	Transplantations cardiaques	OUI
307	Urgence chirurgicale (service de porte)	OUI
308	Urgence indifférenciée (service de porte)	OUI
309	Interruption volontaire de grossesse	OUI
310	Examens de santé et bilans	OUI
311	Transplantation cœur-poumon	OUI
312	Néphrologie	OUI
313	Psychiatrie	OUI 30j max
314	Allogreffe de moelle osseuse	OUI
316	Autres transplantations d'organes	OUI
318	Action médico-sociale précoce pour tous types de déficiences	NON
320	Activité des centres medico-psycho-pédagogiques (CMPP)	NON
321	Action médico-sociale précoce pour enfants déficients auditifs	NON
322	Action médico-sociale précoce pour enfants déficients visuels	NON
323	Action médico sociale précoce pour enfants déficients moteurs	NON
324	Action médico sociale précoce pour enfants déficients intellectuels	NON
325	Placement familial spécialisé pour enfants handicapés	NON
338	Rééducation professionnelle pour adultes déficients moteurs	NON
339	Rééducation professionnelle pour adultes déficients intellectuels	NON
341	Hébergement et soins en maison d'accueil spécialisés pour adultes handicapés	NON
344	Hospice	NON
345	Hospice	NON
346	Hospice	NON
348	Maison de retraite	NON
349	Maison de retraite	NON
350	Logement foyer pour personnes âgées (F1)	NON
351	Logement foyer pour personnes âgées (F2)	NON
358	Soins à domicile	NON
370	Hospitalisation à domicile (cas général)	OUI
381	Hébergement des familles des personnes hospitalisées (ou hébergées)	NON
389	Lutte contre la stérilité	NON
398	Placement familial spécialisé pour adultes handicapés	NON
399	Préorientation pour adultes handicapés	NON
401	Unité de prox. d'accueil de trait. et d'orient. urgences (UPATOU)	OUI
402	Service d'accueil et de traitement des urgences (SAU)	OUI
403	Pôle spécialisé d'urgence (POSU) en pédiatrie	OUI
404	Pôle spécialisé d'urgence (POSU) en ophtalmologie	OUI
405	Pôle spécialisé d'urgence (POSU) en cardiologie	OUI
406	Pôle spécialisé d'urgence (POSU) en traumatologie	OUI
407	Pôle spécialisé d'urgence (POSU) en sos main	OUI
408	Pôle spécialisé d'urgence (POSU) en neurochirurgie	OUI
409	Autre pôle spécialisé d'urgence (POSU) non dénommé ailleurs	OUI
411	Évaluation des situations des personnes	NON
457	Cure médicale spécialisée contre la tuberculose indifférenciée	NON
458	Cure médicale spécialisée contre la tuberculose pulmonaire	NON
459	Cure médicale spécialisée contre la tuberculose (extra-pulm.)	NON
460	Cure médicale spécialisée contre la tuberculose (prévention)	NON

Versemt IFJ = Versement de l'Indemnité Forfaitaire Journalière

Code D.M.T.	Discipline	Versemt IFJ
462	Autre cure médicale spécialisée pour enfants (aérium)	NON
463	Autre cure médicale spécialisée pour tous âges	NON
464	Cure médicale spécialisée pneumologique pour enfants	NON
465	Cure médicale spécialisée pneumologique pour tous âges	NON
466	Convalescence et réadaptation pour personnes âgées	NON
467	Cure médicale spécialisée en cardiologie pour enfants	NON
468	Cure médicale spécialisée en cardiologie pour tous âges	NON
500	Éducation prof et soins spécialisés pour adolescents déficients visuels	NON
501	Éducation prof et soins spécialisés pour adolescents polyhandicapés	NON
502	Éducation prof et soins spécialisés pour ado déficients intellectuels	NON
503	Éducation prof et soins spécialisés pour tous types de déficiences (SAL)	NON
504	Éducation gène et prof et soins spécialisés pour enfant défic intellectuel	NON
505	Éducation gène et prof et soins spécialisés pour tous types de déficiences	NON
506	Rééducation professionnelle pour autre catégorie de clientèle	NON
510	Accompagnement médico social	NON
511	Pédiatrie - Brulés - Oncohématologie Hospitalisation Complète	NON
512	Neurologie Hospitalisation Complète	NON
513	Cardiologie Hospitalisation Complète	NON
514	Locomoteur Hospitalisation Complète	NON
515	Gériatrie Hospitalisation Complète	NON
516	Digestif Hospitalisation Complète	NON
517	Respiratoire Hospitalisation Complète	NON
518	Addiction Hospitalisation Complète	NON
519	Polyvalent Hospitalisation Complète	NON
521	Pédiatrie - Brulés - Oncohématologie Hospitalisation Complète	NON
522	Neurologie Hospitalisation Partielle	NON
523	Cardiologie Hospitalisation Partielle	NON
524	Locomoteur Hospitalisation Partielle	NON
525	Gériatrie Hospitalisation Partielle	NON
526	Digestif Hospitalisation Partielle	NON
527	Respiratoire Hospitalisation Partielle	NON
528	Addiction Hospitalisation Partielle	NON
529	Polyvalent Hospitalisation Partielle	NON
552	Entraînement à l'hémodialyse à domicile et à l'auto dialyse	OUI
553	Entraînement à la dialyse péritonéale à domicile	OUI
554	Entraînement à la dialyse péritonéale continue	OUI
555	Dialyse péritonéale	OUI
556	Dialyse péritonéale continue	OUI
557	O.R.L. et stomatologie indifférenciés	OUI
575	Rééducation professionnelle pour tous types de déficiences	NON
588	Soins courants en établissement d'hébergement pour personnes âgées	NON
593	Accueil de l'enfant accompagnant la mère convalescente	NON
594	Repos prénatal	NON
595	Convalescence post natale	NON
604	Cure médicale non spécialisée pour enfants (MECS ouverte en permanence)	NON
605	Cure médicale non spécialisée pour enfants (MECS ouverte temporaire)	NON
606	Cure thermique pour enfants (MECS ouverte en permanence)	NON
607	Cure thermique pour enfants (MECS ouverte de façon temporaire)	NON
608	Cure thermique enfants affec. chroniques non tuber. voies resp. (MECS perm.)	NON
609	Cure thermique affec. chroniques non tuber. voies resp. (MECS temp.)	NON
610	Cure médicale enfants conval. de rhumatismes aigus (MECS perm.)	NON
611	Cure médicale enfants conval. de rhumatismes aigus (MECS temp.)	NON
612	Cure médicale pour enfants diabétiques (MECS permanente)	NON
613	Cure médicale pour enfants diabétiques (MECS temporaire)	NON
614	Cure médicale pour enfants épileptiques (MECS perm.)	NON
615	Cure médicale pour enfants épileptiques (MECS ouv temp)	NON
616	Cure médicale enfants déficiences temp. somato-psycho. (MECS perm.)	NON
617	Cure médicale enfants déficiences temp. somato-psycho. (MECS temp.)	NON
618	Cure médicale pour enfants hémophiles (MECS perm.)	NON
619	Cure médicale pour enfants hémophiles (MECS temp.)	NON
620	Cure médicale pour enfants atteints d'infirmités orthopédiques (MECS perm.)	NON
621	Cure médicale pour enfants atteints d'infirmités orthopédiques (MECS temp.)	NON
622	Cure médicale pour enfants énurétiques (MECS perm.)	NON
623	Cure médicale pour enfants énurétiques (MECS temp.)	NON
624	Autre cure médicale spécialisée (MECS perm.)	NON

Code D.M.T.	Discipline	Versement IFJ
625	Autre cure médicale spécialisée (MECS temp.)	NON
627	Moyen séjour indifférencié	OUI
628	Orthopédie	OUI
630	Éducation gène et profes et soins spé pour autre catég de clientèle	NON
631	Gynécologie chirurgicale	OUI
632	Logements foyer pour personnes âgées (F1 bis)	NON
633	Serv. expérimentaux en faveur des personnes âgées (act. d'animation)	NON
635	Réanimation néonatale	OUI
636	Réanimation pédiatrique	OUI
637	Surveillance continue en cardiologie	OUI
638	Surveillance continue en pédiatrie	OUI
639	Surveillance continue en néphrologie	OUI
640	Surveillance continue en urologie	OUI
641	Réanimation en cardiologie	OUI
644	Neutron thérapie	OUI
645	Oxygénothérapie isolée	OUI
646	Assistance ventilatoire sans trachéotomie	OUI
647	Assistance ventilatoire endo-trachéale	OUI
648	Trachéotomie isolée	OUI
650	Cure thermique des maladies endocrine. et troubles métaboliques	NON
651	Cure thermique des affections des muqueuses bucco-linguales	NON
654	Hébergement spécialisé pour enfants et adolescents handicapés	NON
657	Hébergement temporaire pour personnes âgées	NON
658	Accueil temporaire	NON
663	Nutrition parentérale pour enfants	OUI
664	Nutrition parentérale pour adultes	OUI
668	Éducation gène et soins spécialisés pour autre catégorie de clientèle	NON
670	Éducation professionnelle et soins spé pour ados déficients moteurs	NON
671	Éducation professionnelle et soins spé pour ados déficients auditifs	NON
672	Éducation professionnelle et soins spé pour autre catégorie de clientèle	NON
678	Éducation gène et prof et soins spé pour enfants polyhandicapés	NON
680	Éducation gène et prof et soins spé pour enfants déficients moteurs	NON
681	Éducation gène et prof et soins spé pour enfants déficients visuels	NON
684	Éducation gène et prof et soins spé pour enfants déficients auditifs	NON
690	Activité des établ. et serv. expérim. enfance handicapée	NON
691	Activité des établ. et serv. expérim. adultes handicapés	NON
715	Surv. monitoring prévent. mort subite et inexplicée nourrisson	OUI
717	Soins hautement spécialisés en médecine	OUI
718	Soins hautement spécialisés en chirurgie	OUI
719	Soins hautement spécialisés en gynécologie-obstétrique	OUI
720	Réanimation néonatale et pédiatrique	OUI
721	Radiothérapie métabolique (ingestion de source)	OUI
722	Maladies infectieuses, tropicales et exotiques indifférenciées	OUI
723	Autodialyse (uniquement en catégorie 141 Hémodialyse à domicile)	NON
728	Cardiologie infantile	OUI
729	Néphrologie infantile	OUI
730	Carcinologie infantile	OUI
731	Autres spécialités pédiatriques	OUI
732	Hépatologie	OUI
733	Gastroentérologie	OUI
734	Réanimation chirurgicale infantile	OUI
735	Réanimation chirurgicale adulte	OUI
736	Traumatologie	OUI
737	Convalescence et réadaptation	NON
738	Rééduc. fonct. et réadapt. motrice à orientation rhumatologique	OUI
739	Rééduc. fonct. et réadapt. motrice à orientation traumatologique	OUI
742	Accueil et traitement des urgences	OUI
743	Immuno-hématologie	OUI
744	Immuno-sérologie	OUI
750	Tomographie	OUI
753	Imagerie par résonance magnétique	OUI
796	Forfait de soins pour dialyse	NON
797	Hémodialyse et hémofiltration pour chroniques adultes	OUI
798	Hémodialyse et hémofiltration pour chroniques enfants	OUI
799	Assistance ventilatoire avec prothèse extra-thoracique (insuff. respir.)	OUI
800	Assist. ventil. pression positive continue/autres tech. part. agréées	OUI
801	Insulinothérapie	OUI

Versement IFJ = Versement de l'Indemnité Forfaitaire Journalière

Code D.M.T.	Discipline	Versement IFJ
803	Psychiatrie pour arriérés profonds	NON
806	Atelier thérapeutique pour adultes	NON
807	Atelier thérapeutique pour adolescents	NON
808	Sectorisation psychiatrique en milieu pénitentiaire	NON
809	Hématologie pédiatrique	OUI
825	Soins et accompagnement des malades en phase terminale (soins palliatifs)	NON
826	Traitements spécialisés contre la douleur	OUI
827	Nutrition entérale à domicile	NON
828	Cure thermique pour maladies cardio-artérielles	NON
829	Cure thermique en neurologie	NON
830	Cure thermique pour affection psychosomatiques	NON
831	Cure thermique en phlébologie	NON
832	Cure thermique pour troubles du développement chez l'enfant	NON
833	Cure thermique en gynécologie	NON
834	Cure thermique pour maladies de l'appareil digestif et mal. métaboliques	NON
835	Cure thermique pour maladies de l'appareil urinaire et mal. métaboliques	NON
837	Préparation à la vie sociale pour ados déficients moteurs	NON
840	Préparation à la vie sociale pour ado déficients auditifs	NON
841	Préparation à la vie sociale pour ado déficients visuels	NON
842	Préparation à la vie sociale pour adolescents polyhandicapés	NON
843	Préparation à la vie sociale pour ado déficients intellectuels	NON
844	Préparation à la vie sociale pour autre catégorie de clientèle	NON
845	Préparation à la vie sociale pour tous types de déficiences (SAI)	NON
846	Éducation précoce pour enfants déficients auditifs	NON
847	Éducation précoce pour enfants déficients visuels	NON
848	Éducation précoce pour enfants déficients moteurs	NON
849	Éducation précoce pour enfants polyhandicapés	NON
850	Éducation précoce pour enfants déficients intellectuels	NON
851	Éducation précoce pour autre catégorie de clientèle	NON
852	Éducation précoce pour tous types de déficiences (SAI)	NON
853	Acquisit de l'autonomie et/ou intégra scol pour enf défi auditifs	NON
854	Acquisit de l'autonomie et/ou intégra scol pour enf défi visuels	NON
855	Acquisit de l'autonomie et/ou intégra scol pour enf défi moteurs	NON
856	Acquisit de l'autonomie et/ou intégra scol pour enf polyhandicapés	NON
857	Acquisit de l'autonomie et/ou intégra scol pour enf défi intellectuelle	NON
858	Acquisit de l'autonomie et/ou intégra scol pour autre catégorie	NON
859	Acquisit de l'autonomie et/ou intégra scol pour tous types de déficience	NON
860	Hospitalisation complète de plus de 18 ans	OUI 30j max
861	Hospitalisation partielle de plus de 18 ans	OUI 30j max
862	Hospitalisation complète de moins de 18 ans	OUI 30j max
863	Hospitalisation partielle de moins de 18 ans	OUI 30j max
864	Centre de crise de plus de 18 ans	OUI 30j max
865	Centre de crise de moins de 18 ans	OUI 30j max
897	Hébergement ouvert en foyer pour adultes handicapés	NON
901	Éducation générale et soins pour enfants handicapés	NON
902	Éducation prof. et soins spécialisés pour enfants handicapés	NON
924	Hébergement en maison de retraite	NON
925	Hébergement en logement-foyer pour P.A. seules F1	NON
926	Hébergement en logement-foyer pour P.A. couples F2	NON
927	Hébergement en logement-foyer pour P.A. F1 bis	NON
936	Hébergement de type foyer de vie pour adultes handicapés	NON
938	Hébergement en hospice	NON
939	Hébergement en foyer à double tarification pour adultes handicapés	NON
957	Soins palliatifs en SSR	OUI
958	Sécurité et environnement hospitalier	NON
960	Unité intégrée aux services de soins de suite et de réadaptation	OUI
978	Prélèvement d'organe (TAA)	OUI
979	Forfait annuel TAA	NON

Garantie d'Assistance Harmonie Protection Services

Uniquement si vous avez adhéré à l'une des garanties Harmonie Protection Plus

(Protection Hospitalière – Protection Revenus Accident – Protection Blessures ou Protection Décès Accident)

Notice d'information 2024

Sommaire

TABLEAUX DE GARANTIES	17	G. Coiffeur a domicile en cas d'immobilisation de plus d'un mois	
Titre I DOMAINE D'APPLICATION	19	H. Dispositif de téléassistance	
Article 1 • Bénéficiaires	19	Titre VI PRESTATIONS D'ASSISTANCE DE LA GARANTIE « PROTECTION DÉCÈS ACCIDENT »	24
Article 2 • Prise d'effet et durée des garanties	19	Article 22 • Prestations d'assistance lors du décès accidentel ou de PTIA de l'Adhérent	24
Article 3 • Couverture géographique	19	A. Aide à domicile	
Article 4 • Faits générateurs	19	B. Prestations de bien-être et de soutien	
Article 5 • Modalités de mise en œuvre	19	C. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge)	
Article 6 • Intervention	19	D. Garde des personnes dépendantes	
Article 7 • Application des prestations	19	E. Garde des animaux de compagnie	
Article 8 • Définitions	19	F. Acheminement des médicaments ou accompagnement aux courses	
Titre II ÉCOUTE, CONSEIL ET ORIENTATION	21	Article 23 • Prestations en cas de décès d'un proche du bénéficiaire en France	24
Article 9 • Écoute, conseil et orientation	21	Article 24 • Prestations en cas de décès de l'Adhérent à plus de 50 kilomètres du domicile et dans le monde entier	24
Article 10 • Information juridique	21	A. Transfert ou rapatriement du corps ou de l'urne cinéraire	
Article 11 • Conseils et informations médicales	21	B. Assistance des proches en cas de décès	
Article 12 • Accompagnement spécifique à la parentalité	21	C. Retour des bénéficiaires et/ou de l'accompagnant	
Article 13 • Accompagnement spécifique en cas de décès	21	D. Mise à disposition d'un taxi	
A. Enregistrement et respect des volontés		Titre VII PRESTATIONS D'ASSISTANCE DE LA GARANTIE « PROTECTION REVENUS ACCIDENT »	25
B. Organisation des obsèques		A. Aide à domicile	
C. Accompagnement psycho-social		B. Prestations de bien-être et de soutien	
D. Service d'accompagnement et d'écoute		C. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge)	
Titre III ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL	21	D. Garde des personnes dépendantes	
Article 14 • Un service d'appels de convivialité	22	E. Garde des animaux de compagnie	
Article 15 • Un service de conseil social	22	F. Acheminement des médicaments ou accompagnement aux courses	
Article 16 • Un service de soutien psychologique	22	G. Coiffeur a domicile en cas d'immobilisation de plus d'un mois	
Titre IV PRESTATIONS D'ASSISTANCE DE LA GARANTIE « PROTECTION HOSPITALIÈRE »	22	Titre VIII CADRE JURIDIQUE	25
Article 17 • En cas d'hospitalisation de plus de 3 jours	22	Article 25 • Assureur des prestations d'assistance	25
A. Aide à domicile		Article 26 • Conditions restrictives d'application des garanties	25
B. Prestations de bien-être et de soutien		A. Comportement abusif	
C. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge)		B. Responsabilité	
D. Garde des personnes dépendantes		C. Circonstances exceptionnelles	
E. Garde des animaux de compagnie		Article 27 • Exclusions	26
F. Dispositif de téléassistance		A. Exclusions communes à l'ensemble des prestations	
G. Acheminement des médicaments ou accompagnement aux courses		Article 28 • Nullité de la prestation	26
Article 18 • En cas de maternité de plus de 8 jours	22	Article 29 • Recours	26
A. Aide à domicile		Article 30 • Accompagnement spécifique à la parentalité	26
B. Prestations de bien-être et de soutien		Article 31 • Prescription	26
C. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge)		Article 32 • Protection des données personnelles	26
D. Garde des personnes dépendantes		Article 33 • Réclamations et médiation	27
E. Garde des animaux de compagnie		Article 34 • Autorité de contrôle	27
F. Acheminement des médicaments ou accompagnement aux courses			
Article 19 • Prestation en cas de traitement anticancéreux de chimiothérapie ou radiothérapie du Bénéficiaire	23		
Article 20 • Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant Bénéficiaire	23		
Article 21 • Prestations en cas d'hospitalisation imprévue, suite à une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile en France ou dans les DROM	23		
Titre V PRESTATIONS D'ASSISTANCE DE LA GARANTIE « PROTECTION BLESSURES »	23		
A. Aide à domicile			
B. Prestations de bien-être et de soutien			
C. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge)			
D. Garde des personnes dépendantes			
E. Garde des animaux de compagnie			
F. Acheminement des médicaments ou accompagnement aux courses			

Tableaux de garanties

L'Adhérent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'Assisteur, doit communiquer son propre numéro d'Adhérent.

GARANTIES		MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE	
DÈS LA SOUSCRIPTION			
Conseils, écoute, orientation		Illimités	
Informations juridiques		Illimitées	
Conseils et informations médicales		Illimités	
Accompagnement spécifique à la parentalité		Illimité	
Accompagnement spécifique en cas de décès		Illimité	
ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL			
Appels de convivialité		Illimités	
Conseil social		Illimité	
Soutien psychologique		Illimité	
PROTECTION HOSPITALIÈRE			
	Hospitalisation +3J	Maternité +8J	
Aide à domicile	20 heures	20 heures	
Prestations de bien-être et soutien (auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure & pédicure à domicile, coaching santé et nutrition, livraison de courses, petit jardinage)	Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures	40 heures	
Garde des personnes dépendantes à charge	40 heures	40 heures	
Garde des animaux de compagnie	30 jours	30 jours	
Livraison des médicaments	3 fois/an	3 fois/an	
Accompagnement aux courses	3 fois/an	3 fois/an	
Téléassistance	3 mois		
PROTECTION BLESSURES			
Fracture ou brûlure suite accident			
Aide à domicile	10 heures		
Prestations de bien-être et soutien (auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure & pédicure à domicile, coaching santé et nutrition, livraison de courses, petit jardinage)	Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile		
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures		
Garde des personnes dépendantes à charge	40 heures		
Garde des animaux de compagnie	30 jours		
Livraison des médicaments	3 fois/an		
Accompagnement aux courses	3 fois/an		
Téléassistance	3 mois		
Coiffure à domicile	3 fois/an		

PROTECTION DÉCÈS ACCIDENT		
	PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)	
Aide à domicile	10 heures	
Prestations de bien-être et soutien (auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure & pédicure à domicile, coaching santé et nutrition, livraison de courses, petit jardinage)	Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures	
Garde des personnes dépendantes à charge	40 heures	
Garde des animaux de compagnie	30 jours	
Livraison des médicaments	3 fois/an	
Accompagnement aux courses	3 fois/an	
	PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS	
	En cas de décès en France (prestations pour un autre bénéficiaire)	En cas de décès du bénéficiaire à + de 50 kilomètres du domicile et dans le monde entier
Aide à domicile	10 heures	
Prestations de bien-être et soutien (auxiliaire de vie, entretien du linge, petit jardinage, livraison de courses, coiffure et pédicure à domicile, portage de repas, coaching santé ou coaching nutrition)	Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures	
Garde des personnes dépendantes	40 heures	
Garde des animaux	30 jours	
Livraison des médicaments	3 fois / an	
Accompagnement aux courses	3 fois / an	
Transfert ou rapatriement du corps ou de l'urne cinéraire		Coûts réels
Assistance des proches		Déplacement : 500 Euros TTC Hébergement : 5 nuits à 125 Euros TTC/nuit
Retour des bénéficiaires ou de l'accompagnant		500 Euros TTC
Taxi		155 Euros TTC
Retour prématuré du bénéficiaire (décès d'un proche)	500 Euros TTC	
PROTECTION REVENUS ACCIDENT		
	Impossibilité d'exercer son activité professionnelle	
Aide à domicile	10 heures	
Prestations de bien-être et soutien (auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure & pédicure à domicile, coaching santé et nutrition, livraison de courses, petit jardinage)	Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures	
Garde des personnes dépendantes à charge	40 heures	
Garde des animaux de compagnie	30 jours	
Livraison des médicaments	3 fois/an	
Accompagnement aux courses	3 fois/an	
Coiffure à domicile	3 fois/an	

Titre I

DOMAINE D'APPLICATION

Article 1 • Bénéficiaires

La présente notice d'information a pour objet de définir la garantie d'assistance dont peuvent prétendre les Bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente notice d'information :

- ⚡ L'Adhérent ayant souscrit au moins l'une des 4 garanties d'Harmonie Protection Plus : « protection hospitalière », « protection blessures », « protection revenus accident », « protection décès accident »,
- ⚡ ses ayants droit tels que définis au règlement mutualiste Harmonie Protection Plus.

Article 2 • Prise d'effet et durée des garanties

La garantie d'assistance suit le sort du règlement mutualiste Harmonie Protection Plus auquel elle est annexée.

Les garanties d'assistance suivent le sort des garanties Harmonie Protection Plus d'Harmonie Mutuelle, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

À noter que les prestations d'assistance qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

Article 3 • Couverture géographique

La couverture géographique d'assistance est valable :

- ⚡ au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- ⚡ pour tout déplacement* en France ou dans les DROM** (au-delà de 50 kilomètres du domicile ou dans le monde entier, pour la prestation « Transfert/rapatriement de corps en cas de décès »).

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

** Pour les DROM, le Bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.

Article 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,
- ⚡ un traitement anticancéreux,
- ⚡ une fracture,
- ⚡ une brûlure,
- ⚡ une maladie, un accident ou une blessure,
- ⚡ une impossibilité temporaire d'exercer son activité professionnelle,
- ⚡ une perte totale et irréversible d'autonomie,
- ⚡ un décès.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

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, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

Article 5 • Modalités de mise en œuvre

Pour contacter Harmonie Santé Services

sans interruption, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

par téléphone :  **N°Cristal 09 69 39 29 13**

APPEL NON SURTAXE

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

par téléphone au : 00 33 9 69 39 29 13

par mail : international@rmassistance.fr

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 au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Pour les traitements anticancéreux,

la demande d'assistance devra être formulée dans un délai de 48 heures avant ou après chaque séance.

Pour le transfert/rapatriement de corps, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Au-delà des 48 heures, 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.

Article 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, qui justifie 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.

Article 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.

Article 8 • Définitions

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

Adhérent : personne physique ayant adhéré au règlement mutualiste Harmonie Protection Plus.

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 de l'Adhérent, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement de l'Adhérent 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'Etat français.

Autorité médicale : 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 et les courses.

Ayants droit : les ayants droit de l'Adhérent, sont ceux inscrits comme tels par cet Adhérent au titre du règlement mutualiste Harmonie Protection Plus.

Bénéficiaire : l'Adhérent ayant souscrit au moins l'une des 4 garanties d'Harmonie Protection Plus : « protection hospitalière », « protection blessures », « protection revenus accident », « protection décès accident » ; ses ayants droit tels que définis au règlement mutualiste Harmonie Protection Plus.

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.

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.

Étranger : tout pays en dehors du pays de domicile en France ou des DROM.

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

- ⚡ une hospitalisation,
- ⚡ un traitement anticancéreux,
- ⚡ une fracture,
- ⚡ une brûlure,
- ⚡ une maladie, un accident ou une blessure,
- ⚡ une impossibilité temporaire d'exercer son activité professionnelle,
- ⚡ une perte totale et irréversible d'autonomie,
- ⚡ un décès.

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).

Fratric : 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 considérées comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.**

Hospitalisation : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public ou 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 suite à hospitalisation en ambulatoire consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et validée par un arrêt de travail, pour les salariés, ou par un certificat d'incapacité pour les autres Bénéficiaires 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 8 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 de la famille : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, sœur, frère, enfant, ou tuteur légal du Bénéficiaire.

Pays de séjour : pays dans lequel le Bénéficiaire séjourne pendant la durée de son déplacement couvert par la présente notice d'information en dehors de son pays de résidence.

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 Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : est considéré en PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie), l'Adhérent qui à la suite d'une maladie ou d'un accident est reconnu par Harmonie Protection Plus totalement et définitivement incapable de se livrer à une activité, même de surveillance ou de gestion pouvant lui procurer salaire, gain ou profit. De plus, l'Adhérent doit avoir définitivement recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie courante (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).

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 1^{er} degré, le conjoint, 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 boîtier 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 touristique (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.

Titre II

ÉCOUTE, CONSEIL ET ORIENTATION

Article 9 • Écoute, conseil et 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.**

Article 10 • Information juridique

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

• **Réglementaire :**

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarier, 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.**

Article 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.

Article 12 • Accompagnement spécifique à la parentalité

Ce service permet aux parents ou futurs parents de bénéficier, à leur demande, d'informations, de conseils et de soutien par téléphone (soins, éducation, modes de garde, développement de l'enfant, socialisation, hygiène, santé et nutrition) concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans.

Sur demande, l'Assisteur met à disposition des Bénéficiaires un interlocuteur qualifié et prend en charge le coût de ses conseils.

Article 13 • Accompagnement spécifique en cas de décès

A. Enregistrement et respect des volontés

Il s'agit de la volonté manifestée par le Bénéficiaire, quant aux indications d'organisation de ses obsèques.

Le Bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques, à savoir : le mode de sépulture, le type de cérémonie, la nature du culte, le lieu d'inhumation ou la destination des cendres, la présence de fleurs, ainsi que les personnes à prévenir.

Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat. Sur simple appel téléphonique auprès de l'Assisteur, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que le Bénéficiaire puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détenant les informations d'accès. Lors du décès d'un des Bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres Bénéficiaires désignés à l'article « DOMAINE D'APPLICATION - 1. BÉNÉFICIAIRES » ou de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'Assisteur communiquera le contenu de cet enregistrement.

B. Organisation des obsèques

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux Bénéficiaires, l'Assisteur propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'Assisteur conseille et organise, pour le compte des Bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. Le coût des obsèques reste à la charge des Bénéficiaires.

C. Accompagnement psycho-social

En cas de décès de l'un des Bénéficiaires, ce service permet à l'entourage du Bénéficiaire de bénéficier, à sa demande, du programme suivant :

- analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis...),
- information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer,
- aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir,
- évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en œuvre,
- assistance à la mise en place de la solution psycho-sociale proposée.

La prestation est soumise au secret professionnel et l'Assisteur ne se substitue pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux...).

D. Service d'accompagnement et d'écoute

Un service d'accompagnement et d'écoute est mis à disposition du Bénéficiaire ainsi qu'à ses proches en cas de décès afin de les aider à l'organisation des obsèques et d'apporter une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue.

Titre III

ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lorsqu'un Bénéficiaire fait face à :

- une dépendance/perte d'autonomie,
- un aléa de santé,
- un arrêt de travail,
- un risque suicidaire,
- une rupture familiale,
- un isolement social,

- ⚡ une addiction comportementale ou à un produit,
- ⚡ la perte de son emploi,
- ⚡ la souffrance au travail,
- ⚡ l'inadaptation du logement,
- ⚡ un risque de précarité financière,
- ⚡ le décès d'un proche.

L'Assisteur propose la mise en relation avec une équipe de spécialistes pour l'écouter, le conseiller et l'accompagner dans la durée à chaque aléa de vie. L'équipe est composée d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale et de psychologues. Chaque prise en charge est assurée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Toutefois, chaque fois que cela est utile, une prise en charge multiple (dimensions sociale et psychologique) pourra être proposée par le professionnel référent.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. Les entretiens téléphoniques individuels sont illimités, sous réserve de l'évaluation du professionnel référent. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire. Seuls les bénéficiaires majeurs âgés de 18 ans révolus peuvent bénéficier d'un accompagnement psycho-social. Sont exclus de la prestation d'accompagnement psycho-social les mineurs émancipés ou non émancipés.

L'Assisteur s'engage à :

- ⚡ fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- ⚡ assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- ⚡ apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur et psychologue.

Article 14 • Un service d'appels de convivialité

Ce service permet de :

- ⚡ rompre l'isolement,
- ⚡ apporter du réconfort,
- ⚡ aider à restaurer le lien social,
- ⚡ ouvrir un espace de parole,
- ⚡ être le dépositaire d'histoires de vie.

Article 15 • Un service de conseil social

Les travailleurs sociaux apportent :

- ⚡ information, conseil, orientation,
- ⚡ accès aux droits,
- ⚡ orientation vers un réseau de service à domicile, recherche d'établissement,
- ⚡ informations sur les secours financiers,
- ⚡ soutien budgétaire (outils de gestion du budget mensuel, gestion au quotidien, gestion bancaire),
- ⚡ soutien à la vie quotidienne (alimentation, retour vers l'emploi, logement...),
- ⚡ conseils, échanges, informations à visée éducative, dont l'objectif est l'autonomie de la personne.

Article 16 • Un service de soutien psychologique

Les psychologues prodiguent :

- ⚡ une aide à la prise de distance,
- ⚡ un soutien psychologique ponctuel,
- ⚡ une écoute et des conseils dans les situations problématiques,
- ⚡ des outils de gestion du stress, de l'anxiété.

Titre IV

PRESTATIONS D'ASSISTANCE DE LA GARANTIE « PROTECTION HOSPITALIÈRE »

L'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

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

Article 17 • En cas d'hospitalisation de plus de 3 jours

A. Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence de 20 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-être 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 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'âge)

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 d'une 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. 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, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- ⚡ 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 ;
- ⚡ 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 maximum 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 maximum 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. 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 50 kilomètres du domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

Article 18 • En cas de maternité de plus de 8 jours

A. Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence de 20 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-être 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 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'âge)

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 d'une 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 la maternité**. 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, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- ∓ 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 la maternité** ;
- ∓ 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 maximum 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. 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 50 kilomètres du domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

Article 19 • Prestation en cas de traitement anticancéreux de chimiothérapie ou radiothérapie du Bénéficiaire

L'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire un **forfait annuel de 20 heures d'aide à domicile à répartir sur une durée de 12 mois**, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile.

Cette prestation s'organise :

- ∓ dans le cadre des chimiothérapies protocolisées, à raison de **2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent chaque séance de chimiothérapie, dès lors qu'elles sont espacées d'au minimum 15 jours, et ce pendant toute la durée du traitement** ;
- ∓ dans le cadre des radiothérapies, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder **2 heures d'aide à domicile par semaine de soin** ;
- ∓ lorsque le traitement est un traitement de chimiothérapie à prise journalière, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder **2 heures d'aide à domicile par semaine de soin**.

Pour pouvoir bénéficier des prestations offertes par la garantie d'assistance, le Bénéficiaire doit contacter l'Assisteur dans un délai de 48 heures avant ou après chaque séance.

Article 20 • Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant Bénéficiaire

École à domicile ou soutien scolaire en ligne

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 14^{ème} 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'Éducation 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, 1^{ère} et 2^{ème} 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 un 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.

Article 21 • Prestations en cas d'hospitalisation imprévue, suite à une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile en France ou dans les DROM

Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état du Bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 3 jours, l'Assisteur prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le Bénéficiaire a son domicile principal. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais **à concurrence de 125 Euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits**. Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le Bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. L'Assisteur participe aux frais d'hébergement **à concurrence de 125 Euros TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits**. L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais.

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

Titre V

**PRESTATIONS D'ASSISTANCE
DE LA GARANTIE
« PROTECTION BLESSURES »**

L'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

Ces prestations s'appliquent aux adhérents de moins de 85 ans et suite à une fracture ou une brûlure résultant d'un accident médicalement constaté.

A. Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, à **concurrence 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-être 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 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'âge)

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 d'une 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**. 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, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- ∓ 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** ;
- ∓ 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 maximum 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 thermique.

F. 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 50 kilomètres du domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

G. Coiffeur à domicile en cas d'immobilisation de plus d'un mois

Si l'Adhérent ne peut se déplacer à l'extérieur, l'Assisteur prend en charge une prestation de coiffure à domicile pour toute immobilisation de plus d'un mois. 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

Cette prestation est renouvelable 3 fois au maximum par an.

H. Dispositif de téléassistance

En cas d'immobilisation de plus d'un mois à la suite d'une fracture ou d'une brûlure médicalement constatée, 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 maximum 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.

Titre VI

PRESTATIONS D'ASSISTANCE DE LA GARANTIE « PROTECTION DÉCÈS ACCIDENT »

L'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

Ces prestations s'appliquent en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) à la suite d'un accident ou lors du décès accidentel de l'Adhérent.

Article 22 • Prestations d'assistance lors du décès accidentel ou de PTIA de l'Adhérent

A. Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, **à concurrence 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-être 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 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'âge)

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 d'une 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**. 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, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- ∓ 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** ;
- ∓ 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 maximum 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 thermique.

F. 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 50 kilomètres du domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

Article 23 • Prestations en cas de décès d'un proche du bénéficiaire en France

Retour prématuré

Si le Bénéficiaire doit interrompre son séjour en France ou à l'étranger, afin d'assister aux obsèques d'un proche, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour du Bénéficiaire.

Article 24 • Prestations en cas de décès de l'Adhérent à plus de 50 kilomètres du domicile et dans le monde entier

Les prestations décrites ci-dessous s'appliquent :

- ∓ en France ou dans les DROM, à plus de 50 kilomètres du domicile principal du Bénéficiaire,

∴ lors d'un déplacement à titre privé* ou professionnel de moins de 31 jours consécutifs, pour les prestations en déplacement.

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

A. Transfert ou rapatriement du corps ou de l'urne cinéraire

En cas de décès de l'Adhérent lors d'un déplacement, l'Assisteur organise le rapatriement ou le transfert de la dépouille mortelle ou de ses cendres, jusqu'au lieu d'inhumation le plus proche de son domicile en France ou dans les DROM.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement/transfert (pompes funèbres, transporteurs...) est du ressort exclusif de l'Assisteur. Sous cette condition expresse, les frais de transport, d'embaumement et d'administration, ainsi qu'un cercueil standard, conforme aux règlements internationaux pour permettre le transport, sont également pris en charge par l'Assisteur. Dans le cas où la famille du Bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le rapatriement ou refuse la solution proposée par l'Assisteur, les frais correspondants sont à sa charge.

Frais non pris en charge :

Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps (tels que les ornements ou accessoires), les frais d'obsèques et d'inhumation ou de crémation, ainsi que les frais de convois locaux.

Retour différé du corps :

À la suite d'une inhumation provisoire sur place, l'Assisteur prend en charge les frais de rapatriement/transfert. **Dans tous les cas, les frais d'exhumation sont exclus.**

B. Assistance des proches en cas de décès

Lors du décès d'un Bénéficiaire, l'Assisteur se charge d'indiquer à la famille ou à un proche ou à l'un de Bénéficiaires, les formalités à accomplir vis-à-vis des organismes de Pompes Funèbres et Municipaux pour le transfert de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation. Si la présence sur place d'un Bénéficiaire s'avère indispensable pour effectuer les formalités de reconnaissance ou de transfert, l'Assisteur organise et prend en charge le transport du Bénéficiaire. Dans ce cas, l'Assisteur prend en charge sur justificatifs, les frais d'hébergement de la personne s'étant déplacée, **à concurrence de 125 Euros TTC par jour dans la limite de 5 jours au maximum. Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.**

C. Retour des bénéficiaires et/ou de l'accompagnant

L'Assisteur organise également et prend en charge le retour jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation en France Métropolitaine, Monaco ou Andorre des Bénéficiaires se trouvant sur place et / ou de l'accompagnant (à condition qu'il ait la qualité de Bénéficiaire de l'Adhérent), s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, ainsi que les animaux de compagnie voyageant avec l'Adhérent et / ou l'accompagnant.

L'Assisteur organise le transport des Bénéficiaires susvisés et / ou de l'accompagnant depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France ou DROM, ou jusqu'au lieu d'inhumation en France ou dans les DROM.

D. Mise à disposition d'un taxi

L'Assisteur met à la disposition des Bénéficiaires un taxi **à concurrence de 155 Euros TTC.**

Cette prestation reste acquise dans la limite des trois jours suivant le décès de l'Adhérent et ne peut porter que sur des trajets en rapport avec cet événement.

Titre VII

PRESTATIONS D'ASSISTANCE DE LA GARANTIE « PROTECTION REVENUS ACCIDENT »

L'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

Ces prestations s'appliquent aux adhérents de moins de 65 ans résidant en France ou dans les DROM et dans l'impossibilité momentanée d'exercer leur activité professionnelle à la suite d'un accident médicalement constaté.

A. Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, **à concurrence 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-être 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 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'âge)

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 d'une 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.** 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, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;

∴ 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 ;**

∴ 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 maximum 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 thermique.

F. 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 50 kilomètres du domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

G. Coiffeur à domicile en cas d'immobilisation de plus d'un mois

Si l'Adhérent ne peut se déplacer à l'extérieur, l'Assisteur prend en charge une prestation de coiffure à domicile pour toute immobilisation de plus d'un mois. 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. **Cette prestation est renouvelable 3 fois au maximum par an.**

Titre VIII

CADRE JURIDIQUE

Article 25 • Assureur des prestations d'assistance

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées 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.

Article 26 • 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'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui aurait 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.

Article 27 • Exclusions

A. 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 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.

Article 28 • 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 déchargé de toute obligation.

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

Article 29 • 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.

Article 30 • Accompagnement spécifique à la parentalité

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.

Article 31 • Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- ∴ en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la Mutuelle ou l'union 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 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 L.221-11 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 L.221-12 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.

Article 32 • 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. À 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 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 Économique 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'exerce auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmasassistance.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, Immeuble River Ouest, 80 quai Voltaire, 95870 Bezons ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

Article 33 • 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.

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

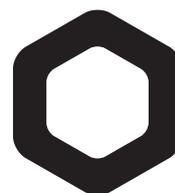
Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF – 255, rue de Vaugirard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

Article 34 • 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.

Ressources Mutuelles Assistance, union d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682, numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28.
Siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex.

Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57.
Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*



Eco-organisme DU/REP N° FR233228_03WODX

Document imprimé en France

preview - Document contractuel - 1103A-0124_ISDC - Validation : 05/12/2023