



**ÎLE DE FRANCE  
MUTUELLE SANTÉ**  
DOCUMENTS CONTRACTUELS



**Harmonie  
mutuelle**

GRUPE **vyv**

**AVANÇONS collectif**

# SOMMAIRE GÉNÉRAL

Statuts de la Mutuelle .....	3
Règlement intérieur de la Mutuelle.....	13
Notice d'information Île de France Mutuelle Santé.....	19
Garantie d'Assistance Harmonie Santé Services .....	27
Annexe : Tableau de garanties.....	42

# Statuts de la Mutuelle

## Sommaire

<b>Titre I</b>	<b>FORMATION, RAISON D'ÊTRE ET OBJET DE LA MUTUELLE</b>	4	<b>Chapitre III</b>	<b>Président, directeur général et comité exécutif</b>	9
<b>Chapitre I</b>	<b>Formation, raison d'être et objet de la Mutuelle</b>	4	<b>Section 1</b>	<b>Président, dirigeant effectif</b>	9
Article 1 ●	Dénomination et raison d'être de la Mutuelle	4	Article 41 ●	Élection et révocation	9
1.1	Dénomination		Article 42 ●	Vacance de la présidence	9
1.2	Raison d'être		<b>Section 2</b>	<b>Pouvoirs du président</b>	9
Article 2 ●	Siège de la Mutuelle	4	Article 43 ●	Pouvoirs	9
Article 3 ●	Objet, composition et mission de la Mutuelle	4	<b>Section 3</b>	<b>Directeur général, dirigeant opérationnel</b>	9
3.1	Objet et champ d'activité		Article 44 ●	Nomination – attributions – vacance	9
3.2	Mission – Objectifs sociaux et environnementaux		<b>Section 4</b>	<b>Comité exécutif</b>	10
Article 4 ●	Règlements mutualistes et contrats collectifs	4	Article 45 ●	Composition	10
Article 5 ●	Règlement intérieur	4	Article 46 ●	Vice-présidents et vice-président délégué	10
<b>Chapitre II</b>	<b>Conditions d'admission, de démission, de radiation et d'exclusion</b>	5	Article 47 ●	Réunions et délibérations	10
<b>Section 1</b>	<b>Adhésion</b>	5	<b>Chapitre IV</b>	<b>mandataires mutualistes</b>	10
Article 6 ●	Définition des membres	5	Article 48 ●	Définition	10
Article 7 ●	Conditions d'adhésion des membres participants	5	Article 49 ●	Mandataire mutualiste	10
Article 8 ●	Ayant droit	5	<b>Chapitre V</b>	<b>Comités du conseil d'administration</b>	10
Article 9 ●	Adhésion à titre individuel ou en tant que membre honoraire	5	<b>Section 1</b>	<b>Comité d'audit et des risques</b>	10
Article 10 ●	Adhésion dans le cadre d'un contrat collectif à caractère obligatoire ou facultatif	5	Article 50 ●	Composition	10
<b>Section 2</b>	<b>Démission, radiation, exclusion</b>	5	Article 51 ●	Missions	10
Article 11 ●	Démission	5	Article 52 ●	Fonctionnement	10
Article 12 ●	Radiation – résiliation	5	<b>Section 2</b>	<b>Comité des finances</b>	10
Article 13 ●	Exclusion	5	Article 53 ●	Composition	10
Article 14 ●	Conséquences au regard des cotisations	5	Article 54 ●	Missions	10
Article 15 ●	Conséquences au regard des prestations	6	Article 55 ●	Fonctionnement	11
<b>Titre II</b>	<b>ORGANISATION CENTRALE DE LA MUTUELLE</b>	6	<b>Section 3</b>	<b>Comité des mandats et d'éthique</b>	11
<b>Chapitre I</b>	<b>Assemblée générale</b>	6	Article 56 ●	Comité des mandats et d'éthique	11
<b>Section 1</b>	<b>Composition, élections</b>	6	<b>Section 4</b>	<b>Comité de mission</b>	11
Article 16 ●	Composition	6	Article 57 ●	Suivi de l'exécution des objectifs sociaux et environnementaux de la Mutuelle	11
Article 17 ●	Sections de vote	6	57.1	Création d'un comité de mission, distinct des organes sociaux	
Article 18 ●	Nombre de délégués – Élection de délégués	6	57.2	Composition du comité de mission	
18.1	Sections de vote régionales et affinitaire		57.3	Attributions du comité de mission	
18.2	Sections de vote professionnelles		57.4	Fonctionnement du comité de mission	
18.3	Section de vote « Europe »		<b>Chapitre VI</b>	<b>Dispositions financières</b>	11
<b>Section 2</b>	<b>Réunions</b>	7	<b>Section 1</b>	<b>Produits et charges</b>	11
Article 19 ●	Convocation	7	Article 58 ●	Produits	11
Article 20 ●	Modalités de convocation	7	Article 59 ●	Charges	11
Article 21 ●	Ordre du jour	7	<b>Section 2</b>	<b>Autres dispositions</b>	11
<b>Section 3</b>	<b>Pouvoirs – Délibérations</b>	7	Article 60 ●	Fonds d'établissement	11
Article 22 ●	Pouvoirs de l'assemblée générale	7	Article 61 ●	Fonds de garantie	11
Article 23 ●	Modalités de vote des délibérations	7	Article 62 ●	Exercice comptable	11
Article 24 ●	Modalités de vote par procuration, par correspondance ou par vote électronique	7	<b>Titre III</b>	<b>ORGANISATION TERRITORIALE ET RÉGIONALE DE LA MUTUELLE</b>	11
Article 25 ●	Force exécutoire des décisions	7	<b>Chapitre I</b>	<b>Les territoires</b>	11
<b>Chapitre II</b>	<b>Conseil d'administration</b>	7	Article 63 ●	Définition des territoires	11
<b>Section 1</b>	<b>Composition, élections</b>	7	<b>Chapitre II</b>	<b>Les régions</b>	11
Article 26 ●	Composition	7	Article 64 ●	Définition des régions	11
Article 27 ●	Conditions d'éligibilité – Limite d'âge	8	Article 65 ●	Volontaires Mutualistes	12
Article 28 ●	Cumul des mandats	8	<b>Titre IV</b>	<b>DISSOLUTION ET LIQUIDATION</b>	12
Article 29 ●	Modalités de l'élection des administrateurs	8	Article 66 ●	Dissolution et liquidation	12
Article 30 ●	Durée et fin du mandat	8	<b>Titre V</b>	<b>INFORMATION DES MEMBRES</b>	12
Article 31 ●	Représentation des salariés au conseil d'administration	8	Article 67 ●	Étendue de l'information	12
<b>Section 2</b>	<b>Réunions</b>	8	Article 68 ●	Protection des données à caractère personnel	12
Article 32 ●	Convocation et réunions	8	<b>Titre VI</b>	<b>DISPOSITIONS DIVERSES</b>	12
Article 33 ●	Délibérations	8	Article 69 ●	Fonds d'action sociale	12
<b>Section 3</b>	<b>Pouvoirs – Délégations</b>	8	Article 70 ●	Médiation	12
Article 34 ●	Pouvoirs	8	<b>Titre VII</b>	<b>OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS L'UNION MUTUALISTE DE GROUPE (UMG) GROUPE VYV</b>	12
Article 35 ●	Force exécutoire des décisions	9	Article 71 ●	Respect des engagements pris au titre de l'affiliation de la Mutuelle à l'UMG GROUPE VYV	12
Article 36 ●	Délégations	9			
<b>Section 4</b>	<b>Statut des administrateurs</b>	9			
Article 37 ●	Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais	9			
Article 38 ●	Incompatibilités	9			
Article 39 ●	Obligations des administrateurs	9			
Article 40 ●	Responsabilité des administrateurs	9			

# Modifiés par l'assemblée générale des 5 et 6 juillet 2023

Titre I

## FORMATION, RAISON D'ÊTRE ET OBJET DE LA MUTUELLE

### Chapitre I

## FORMATION, RAISON D'ÊTRE ET OBJET DE LA MUTUELLE

### Article 1 • Dénomination et raison d'être de la Mutuelle

#### 1.1 Dénomination

Il est constitué une mutuelle dénommée Harmonie Mutuelle, personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, et dont le n° LEI (identifiant international d'entité juridique) est le 969500JLU5ZH89G4TD57.

La Mutuelle a adopté la qualité d'entreprise mutualiste à mission dans le cadre des dispositions de l'article L.110-1-1 du Code de la Mutualité.

#### 1.2 Raison d'être

En application de l'article L.110-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle s'est fixée comme raison d'être :

Agir sur les facteurs sociaux, environnementaux et économiques qui améliorent la santé des personnes autant que celle de la société en mobilisant la force des collectifs.

### Article 2 • Sièges de la Mutuelle

Le siège de la Mutuelle est situé 143, rue Blomet 75015 Paris. Il peut être transféré sur simple décision du conseil d'administration.

### Article 3 • Objet, composition et mission de la Mutuelle

#### 3.1 Objet et champ d'activité

La Mutuelle a pour objet :

1°) à titre principal, de réaliser les opérations d'assurance suivantes dans le cadre d'opérations individuelles ou collectives :

- couvrir des risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1) ou à la maladie (branche 2) ;
- contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de vie humaine (branche 20) ;
- contracter des engagements ayant pour objet le versement d'un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants (branche 21).

2°) d'assurer la prévention des risques de dommages corporels, de mettre en œuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires ou sociales dans la mesure où cette activité est accessoire et accessible uniquement :

- à ses membres participants et à leurs ayants droit, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat qu'ils ont souscrit ;
- aux souscripteurs d'un contrat proposé par une entreprise relevant du Code des assurances, par une institution de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale ou par une autre mutuelle d'assurance et ayant passé une convention avec elle, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat passé avec les souscripteurs.

La Mutuelle peut accepter en réassurance les engagements d'assurance relevant des branches 1, 2, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26 telles que définies à l'article R.211-2 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle mène, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par ses statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Elle peut également :

- se substituer intégralement aux mutuelles ou unions qui le demandent, dans les conditions prévues par l'article L.211-5 du Code de la Mutualité ;
- céder en réassurance, à tout organisme autorisé à pratiquer cette activité et quel que soit son statut juridique, tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue. La conclusion de traités de réassurance auprès d'un réassureur non régi par le Code de la Mutualité relève de la décision du conseil d'administration de la Mutuelle ;
- présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance et conclure des contrats collectifs à adhésion facultative ou à adhésion obligatoire, au profit de ses membres, afin qu'ils puissent bénéficier d'autres prestations d'assurance et ce, dans le respect des exigences de l'article L.116-1 du Code de la Mutualité ;

- recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance, conformément à l'article L.116-2 du Code de la Mutualité ;
- gérer accessoirement des aides relevant d'un fonds d'action sociale, sous les conditions et dans les limites définies par l'article L.111-1 III du Code précité ;
- proposer ses produits à des résidents au sein de l'Espace Économique Européen/Union Européenne ou dans tout autre État. Pour les résidents au sein de l'Espace Économique Européen/Union Européenne, la Mutuelle proposera ses produits par l'ouverture d'une succursale ou par le biais du régime de la libre prestation de services. Pour des résidents hors Espace Économique Européen/Union Européenne, la Mutuelle devra satisfaire aux conditions requises par les législations des États concernés.

Par son adhésion à des unions régies par le Livre II ou le Livre III du Code de la Mutualité ou à des fédérations, elle permet à ses membres participants et à leurs ayants droit de bénéficier d'autres services et prestations que ceux qu'elle propose elle-même.

Elle peut offrir à ses membres participants et à leurs ayants droit l'accès à des réalisations sanitaires, sociales et culturelles, par la signature de conventions avec d'autres mutuelles ou unions régies par le Livre III du Code de la Mutualité.

Elle peut encore faire bénéficier ses membres participants et leurs ayants droit des services sanitaires et sociaux dispensés par les associations – ou toute autre entité – qu'elle crée ou auxquelles elle adhère ou participe.

En application des dispositions de l'article L.116-3 du Code de la Mutualité, la Mutuelle peut déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion d'un contrat collectif. L'assemblée générale définit les principes que doivent respecter ces délégations de gestion. Le délégataire rend compte chaque année de sa gestion au conseil d'administration de la Mutuelle. Le conseil d'administration établit, chaque année, un rapport qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la Mutualité.

Enfin, elle peut créer et/ou adhérer à :

- une union de groupe mutualiste,
- une union mutualiste de groupe.

#### 3.2 Mission – Objectifs sociaux et environnementaux

Dans le cadre de son activité, en lien avec sa raison d'être, la Mutuelle se donne pour mission de poursuivre les objectifs sociaux et environnementaux suivants :

1. Construire collectivement des solutions d'assurance, de services et d'accompagnement ayant un impact positif sur la santé des personnes et de la société.
2. Améliorer avec les entreprises et les salariés les conditions de travail et de vie, et soutenir les actions de préservation de leur santé et de l'environnement.
3. Favoriser l'entraide, le développement de liens sociaux et de réseaux de solidarité au cœur des territoires.
4. Faire vivre l'engagement mutualiste et notre modèle d'entreprise à impacts positifs.

### Article 4 • Règlements mutualistes et contrats collectifs

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, un (des) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par le conseil d'administration, défini(ssen)t le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Toute modification des règlements mutualistes décidée par le conseil d'administration est portée à la connaissance des membres participants par le biais de l'envoi de la revue d'information papier de la Mutuelle ou par tout autre moyen approprié.

Toutefois, les cotisations dues et les prestations offertes dans le cadre de contrats collectifs souscrits auprès de la Mutuelle ou souscrits par elle au profit d'une partie ou de l'ensemble de ses membres participants et/ou de leurs ayants droit, sont définies par ces contrats eux-mêmes et par les notices d'information correspondantes.

Toute information due par la Mutuelle à ses membres participants en vertu de dispositions légales ou réglementaires seront portées à la connaissance de ces derniers par le biais de l'envoi de la revue d'information papier de la Mutuelle ou par tout autre moyen approprié.

### Article 5 • Règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être établi par le conseil d'administration et approuvé par l'assemblée générale. Il précise ou complète les conditions d'application des présents statuts.

Tous les membres participants et honoraires sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlements mutualistes.

Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement : celles-ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine assemblée générale statuant suivant les dispositions de l'article 23 ci-après.

## Chapitre II

### CONDITIONS D'ADMISSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

#### Section 1

#### Adhésion

##### Article 6 • Définition des membres

La Mutuelle admet des membres participants et des membres honoraires.

Les membres participants sont les personnes physiques faisant acte d'adhésion dans les conditions fixées par l'article 9 ou par l'article 10 des présents statuts, qui, en échange du paiement régulier de leur cotisation, bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle à laquelle elles ont adhéré.

Sont également membres participants de la Mutuelle, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leur droit à ce titre. Par exception par rapport aux autres membres participants, les conditions d'adhésion et les règles de gestion les concernant sont définies par le Code de la Sécurité sociale et les textes d'application.

Les membres honoraires sont, d'une part, les personnes physiques qui paient une cotisation, font des contributions ou des dons ou rendent des services équivalents sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle, les personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif auprès de cette dernière et, d'autre part les représentants des salariés de ces personnes morales dans les conditions prévues à l'article 9 des présents statuts.

##### Article 7 • Conditions d'adhésion des membres participants

1. Peuvent adhérer à la Mutuelle pour couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, les personnes physiques remplissant les conditions suivantes :

- toutes les personnes relevant ou non d'un régime d'assurance maladie,
- les membres des groupes constitués au sein des entreprises ou collectivités ou tout autre type de groupement.

À leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

2. Peuvent également adhérer à la Mutuelle toutes les personnes physiques :

- pour contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de vie humaine,
- pour faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés.

Pour les prestations d'assurance « vie-décès », les personnes « garanties » et les « bénéficiaires » des prestations sont celles qui sont expressément désignées par le membre participant, dans les limites fixées par la législation en vigueur, en particulier par les articles L.223-5 et L.223-7 du Code de la Mutualité.

##### Article 8 • Ayant droit

Ont la qualité d'ayants droit des membres participants, susceptibles de bénéficier des prestations de la Mutuelle, les personnes suivantes :

- le conjoint, le concubin, du membre participant ou la personne liée à ce dernier par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- les enfants du membre participant, de son conjoint, concubin ou de la personne qui lui est liée par un PACS, suivant les modalités définies aux règlements mutualistes ;
- toute personne à la charge des membres participants.

##### Article 9 • Adhésion à titre individuel ou en tant que membre honoraire

Acquièrent la qualité de membre participant de la Mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies aux présents statuts.

Pour les personnes morales souhaitant adhérer à la Mutuelle en tant que membre honoraire, l'adhésion est subordonnée d'une part à la signature d'un bulletin d'adhésion et d'autre part à une décision souveraine et non motivée du conseil d'administration ou de l'administrateur qu'il a délégué ; elle devient définitive lorsque le visa d'acceptation du président ou de l'administrateur délégué a été apposé sur le bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion entraîne, dans tous les cas, l'acceptation des stipulations des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par les règlements mutualistes et par les notices d'information.

##### Article 10 • Adhésion dans le cadre d'un contrat collectif à caractère obligatoire ou facultatif

###### I. Opérations collectives facultatives

La qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par

le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle et de la notice d'information qui l'accompagne.

###### II. Opérations collectives obligatoires

La qualité de membre participant à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle et ce en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

L'adhésion des personnes physiques au nom desquelles un contrat collectif à adhésion obligatoire est souscrit peut être matérialisée par l'annexion au contrat collectif souscrit de la liste, régulièrement mise à jour, de ces personnes et, en tant que de besoin, de leurs ayants droit.

###### III. Opérations collectives obligatoires ou facultatives dans le cadre d'un contrat de coassurance

Lorsque le contrat collectif est coassuré par la Mutuelle et d'autres mutuelles et unions, il détermine la mutuelle auprès de laquelle chaque personne physique adhérant au contrat collectif coassuré devient membre participant.

Ainsi, la Mutuelle sera amenée à verser des prestations au titre du contrat collectif coassuré, à des personnes physiques adhérant au contrat collectif non membres participants de la Mutuelle ainsi que le cas échéant, à leurs ayants droit.

#### Section 2

#### Démission, radiation, exclusion

##### Article 11 • Démission

Les membres participants peuvent démissionner, et ainsi renoncer à l'intégralité des prestations servies par la Mutuelle, selon les conditions et modalités définies par le Code de la Mutualité et les stipulations des contrats collectifs et des règlements mutualistes qui leur sont applicables.

Les membres honoraires peuvent démissionner chaque année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au président de la Mutuelle au plus tard deux mois avant la date anniversaire de l'adhésion.

Pour les membres participants qui adhèrent à la Mutuelle dans le cadre d'un contrat collectif, la démission résulte du non-renouvellement du contrat collectif par la personne morale souscriptrice, à moins qu'ils ne choisissent d'y adhérer à titre individuel.

##### Article 12 • Radiation – résiliation

Les radiations ou résiliations d'un membre participant sont prononcées par la Mutuelle dans les conditions prévues aux articles L.221-7, L.221-8, L.221-10, L.221-17, L.223-19 et L.223-22 du Code de la Mutualité.

Sont également radiés les membres honoraires qui n'ont pas acquitté leur cotisation dans un délai de trois mois suivant l'échéance.

##### Article 13 • Exclusion

Peuvent être exclus les membres participants ou leurs ayants droit qui auront, de mauvaise foi, fait des déclarations inexactes ou auront omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées par la Mutuelle, dans les conditions définies par les articles L.221-14, L.221-15 et L.223-18 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle pourra également exclure, à l'échéance annuelle de la garantie, tout membre participant lorsque ce dernier ou ses ayants droit auront, par fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir des prestations indues.

Peut également être exclue toute personne qui aura causé un préjudice, matériel ou moral, à la Mutuelle, constaté par une délibération du conseil d'administration.

Dans tous les cas, la décision d'exclusion est prise par le conseil d'administration. Préalablement, le conseil de région compétent géographiquement convoque la personne dont l'exclusion est proposée par courrier recommandé avec accusé de réception, pour l'entendre sur les faits qui lui sont reprochés. L'intéressé peut se faire assister de toute personne de son choix lors de cette audition.

Si l'intéressé ne se présente pas au jour indiqué, sauf motif légitime laissé à l'appréciation du conseil de région, ce dernier prend acte de son absence et en informe le conseil d'administration qui statue sur son exclusion, sans autre formalité.

La décision d'exclusion sera notifiée par courrier recommandé avec accusé de réception à l'intéressé précisant la date d'effet de l'exclusion. Toute exclusion entraîne une impossibilité d'adhésion à la Mutuelle d'une durée de 24 mois à compter de la date de prise d'effet de l'exclusion tant en qualité de souscripteur que d'ayants droit.

##### Article 14 • Conséquences au regard des cotisations

La démission, la radiation, la résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf dans les cas prévus à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité sous réserve des dispositions des articles L.221-7 et L.221-8, L.221-10-1, L.221-10-2, L.221-17 et L.223-18 du Code de la Mutualité et des stipulations des contrats collectifs et des règlements mutualistes. Les arriérés éventuels restent dus à la Mutuelle dans tous les cas.

## Article 15 • Conséquences au regard des prestations

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation, de résiliation ou de l'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies et sans préjudice des stipulations des contrats collectifs, du (des) règlement(s) mutualiste(s) ainsi que des dispositions légales en faveur des membres participants et des autres bénéficiaires des prestations de la Mutuelle.

### Titre II

## ORGANISATION CENTRALE DE LA MUTUELLE

### Chapitre I

## ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

### Section 1

### Composition, élections

#### Article 16 • Composition

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote. Chaque délégué y dispose d'une seule voix.

#### Article 17 • Sections de vote

Compte tenu du nombre important de membres participants et honoraires et de leur dispersion géographique et afin de permettre à chacun d'entre eux de participer à la vie de la Mutuelle, celle-ci est organisée en sections qui ont pour objet d'assurer un lien permanent entre les membres, les délégués et les salariés de la Mutuelle.

Tous les membres participants et honoraires de la Mutuelle sont répartis en sections de vote dont l'étendue et la composition sont définies au règlement intérieur.

L'assemblée générale est composée de :

- 11 sections de vote régionales, regroupant un ou des territoires définis au règlement intérieur ;
- 1 section de vote « professionnelle » D ;
- 1 section de vote « professionnelle » E ;
- 1 section de vote « Europe » ;
- 1 section de vote « affinitaire ».

Par principe, les membres participants et honoraires, personnes physiques, sont rattachés à la section de vote de la région dont dépend le lieu de leur domicile.

Les personnes morales, membres honoraires, sont rattachées à la section de vote du lieu du domicile des membres participants bénéficiaires du contrat collectif conclu auprès de la Mutuelle. Toutefois, lorsqu'une même personne morale a conclu plusieurs contrats collectifs et que les membres participants visés par ces différents contrats sont rattachés à des sections de vote différentes, elle choisit celle d'entre elles à laquelle elle sera rattachée.

Par exception au principe de rattachement géographique, sont rattachés à la section de vote « professionnelle » D les membres participants et les membres honoraires affiliés à un contrat collectif obligatoire souscrit par une personne morale tel que défini au 2. du III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité représentant au moins 8 000 membres participants et honoraires et, sur demande de ladite personne morale souscriptrice, les membres participants qui adhèrent, en qualité d'anciens salariés de cette dernière, à un contrat collectif facultatif bénéficiant de sa participation financière.

Par exception au principe de rattachement géographique, sont rattachés à la section de vote « professionnelle » E les membres participants et les membres honoraires affiliés à un contrat collectif obligatoire souscrit par une personne morale tel que défini au 2. du III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité représentant entre 800 et 7 999 membres participants et honoraires.

Par exception aux principes de rattachement géographique et professionnel, sont rattachés à la section de vote « affinitaire » les membres participants et les membres honoraires liés par leur adhésion à un règlement mutualiste, ou un contrat d'assurance, de la gamme Harmonie Fonction Publique.

Sont rattachés à la section de vote « Europe » :

- les membres participants et honoraires relevant d'un contrat collectif souscrit par une personne morale dès lors que ces membres et la personne morale souscriptrice résident dans un État de l'Espace Économique Européen.

#### Article 18 • Nombre de délégués - Élection de délégués

##### 18.1 Sections de vote régionales et affinitaire

Les membres participants et honoraires, à jour de leurs cotisations, procèdent au sein de leur section de vote, à l'élection d'un délégué par tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires, dans des conditions précisées au règlement intérieur.

Chaque membre participant ou honoraire de la Mutuelle dispose d'une voix pour élire les délégués.

L'effectif de la section à prendre en considération, pour déterminer le nombre de délégués à élire, est le nombre de membres participants et honoraires au 1<sup>er</sup> juillet de l'année précédant l'élection.

Il est procédé aux élections générales des délégués, tous les six ans, par section de vote et par correspondance y compris par voie électronique, au scrutin de listes bloquées majoritaires à un tour sans panachage et sans vote préférentiel.

Par ailleurs, il est procédé à la troisième année de mandat des délégués, et en tant que de besoin, à des élections partielles au sein de chaque section de vote.

Ces élections partielles visent à pourvoir soit au(x) siège(s) devenu(s) vacant(s) en raison du décès, de la démission ou de la perte de la qualité de membre d'un (de) délégué(s), soit à un (de) nouveau(x) siège(s) en raison de l'augmentation des effectifs d'une section de vote au cours de cette période, dans les conditions précisées au règlement intérieur.

Le mandat de ce(s) délégué(s) expire aux élections générales suivantes.

Les délégués sont rééligibles.

##### 18.2 Sections de vote professionnelles

1. Les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs rattachées à la section de vote « professionnelle » D procèdent, en application de l'article L.114-6 alinéa 3 du Code de la Mutualité, à la désignation de délégués représentant les membres honoraires et de délégués représentant les membres participants à raison d'un délégué par tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires.

Dès lors qu'elles en informent le président du conseil d'administration au moins trois mois avant la tenue de l'assemblée générale annuelle, lesdites personnes morales peuvent procéder, chaque année, à des désignations de délégués afin de pourvoir soit à un poste devenu vacant en raison du décès, de la démission ou de la perte de la qualité de membre d'un (de) délégué(s), soit à un (de) nouveau(x) siège(s) en raison de l'augmentation des effectifs d'une section de vote au cours de cette période, dans les conditions précisées au règlement intérieur.

Pour ce dernier cas, l'effectif de la section à prendre en considération, pour déterminer le nombre de délégués à désigner, est le nombre de membres participants et honoraires au 1<sup>er</sup> juillet de l'année précédant cette désignation.

2. Les membres participants et honoraires, à jour de leurs cotisations, procèdent, au sein de leur section de vote « professionnelle » E à l'élection d'un délégué par tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires, dans des conditions précisées au règlement intérieur.

Chaque membre participant ou honoraire de la section de vote « professionnelle » E dispose d'une voix pour élire les délégués.

L'effectif de la section à prendre en considération, pour déterminer le nombre de délégués à élire, est le nombre de membres participants et honoraires au 1<sup>er</sup> juillet de l'année précédant l'élection.

Ces élections générales ont lieu tous les six ans, concomitamment à l'élection générale des délégués des sections de vote régionales et selon les mêmes modalités telles que définies aux statuts et règlement intérieur.

Par ailleurs, il est procédé à la troisième année de mandat des délégués, et en tant que de besoin, à des élections partielles au sein de la section de vote « professionnelle » E.

Ces élections partielles visent à pourvoir soit au(x) siège(s) devenu(s) vacant(s) en raison du décès, de la démission ou de la perte de la qualité de membre d'un (de) délégué(s), soit à un (de) nouveau(x) siège(s) en raison de l'augmentation des effectifs de la section de vote au cours de cette période, dans les conditions précisées au règlement intérieur.

Le mandat de ce(s) délégué(s) expire aux élections générales suivantes. Les délégués sont rééligibles.

##### 18.3 Section de vote « Europe »

Les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs rattachées à la section de vote « Europe » procèdent, en application de l'article L.114-6 alinéa 3 du Code de la Mutualité, à la désignation de délégués représentant les membres honoraires et de délégués représentant les membres participants à raison d'un délégué par tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires.

Dès lors qu'elles en informent le président du conseil d'administration au moins trois mois avant la tenue de l'assemblée générale annuelle, lesdites personnes morales peuvent procéder, chaque année, à des désignations de délégués afin de pourvoir soit à un poste devenu vacant en raison du décès, de la démission ou de la perte de la qualité de membre d'un (de) délégué(s), soit à un (de) nouveau(x) siège(s) en raison de l'augmentation des effectifs d'une section de vote au cours de cette période, dans les conditions précisées au règlement intérieur.

Pour ce dernier cas, l'effectif de la section à prendre en considération, pour déterminer le nombre de délégués à désigner, est le nombre de membres participants et honoraires au 1<sup>er</sup> juillet de l'année précédant cette désignation.

## Section 2

## Réunions

### Article 19 • Convocation

L'assemblée générale est convoquée au moins une fois par an par le président du conseil d'administration.

Elle peut également être convoquée par les personnes et dans les conditions visées à l'article L.114-8 du Code de la Mutualité, en particulier :

- par la majorité des administrateurs composant le conseil ;
- par les commissaires aux comptes de la Mutuelle ;
- par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution d'office ;
- par un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution ;
- par les liquidateurs.

### Article 20 • Modalités de convocation

L'assemblée générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion, dans les conditions prévues par les articles D.114-1 et suivants du Code de la Mutualité.

La convocation est adressée à chaque délégué.

Lorsqu'une assemblée générale n'a pu délibérer, faute de réunir le quorum requis, une seconde assemblée peut être convoquée six jours au moins à l'avance, dans les mêmes formes que la première. La convocation de cette seconde assemblée reproduit la date et l'ordre du jour de la première.

### Article 21 • Ordre du jour

L'ordre du jour des assemblées générales est arrêté par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations selon les modalités prévues par l'article D.114-3 du Code de la Mutualité.

L'assemblée générale ne délibère en principe que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Toutefois, d'une part, le quart au moins des délégués composant l'assemblée générale peut requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'assemblée générale de projets de résolutions qui sont alors soumis au vote de cette dernière à la condition que leurs demandes aient été adressées par lettre recommandée avec accusé de réception au président de la Mutuelle, cinq jours au moins avant la date de réunion de l'assemblée générale.

D'autre part, lorsqu'elle est réunie, l'assemblée peut, de sa propre initiative, révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration, procéder à son (leur) remplacement conformément aux dispositions des articles L.114-9 et L.114-16 du Code de la Mutualité et prendre les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la Mutuelle et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

## Section 3

## Pouvoirs - Délibérations

### Article 22 • Pouvoirs de l'assemblée générale

L'assemblée générale statue obligatoirement sur toutes les questions qui lui sont réservées par l'article L.114-9 du Code de la Mutualité, à savoir :

- les modifications des statuts ;
- les activités exercées ;
- le montant des droits d'adhésion, lorsqu'ils sont prévus par les statuts ; ce montant ne peut varier que dans des limites fixées par décret ; en tout état de cause, il est fixé une fois par an et est le même pour toutes les adhésions de l'exercice ;
- l'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle ou de l'union, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44, L.114-45 et L.221-19 du Code de la Mutualité ;
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité ;
- le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les Livres II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du Code de la Mutualité ;
- le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-4 du Code de la Mutualité ;

- l'élection des membres du conseil d'administration ;
- l'attribution d'indemnités aux administrateurs dans le cadre des dispositions prévues par le Code de la Mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles et les opérations collectives mentionnées respectivement au II et au III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité.

### Article 23 • Modalités de vote des délibérations

I. Sous réserve des stipulations du II ci-après, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents ou représentés, ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou par vote électronique est égal au quart au moins du total des délégués composant l'assemblée générale.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde assemblée est convoquée dans les conditions prévues à l'article 20 ci-dessus. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou par vote électronique.

Les décisions sont prises, dans les deux cas, à la majorité simple des suffrages exprimés.

II. Lorsqu'elle se prononce sur les modifications des statuts, les activités exercées, le fonds d'établissement, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles en matière d'opérations individuelles et en matière d'opérations collectives, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une nouvelle mutuelle ou union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou par vote électronique est au moins égal à la moitié du total des délégués composant l'assemblée générale.

Si cette condition n'est pas remplie, une seconde assemblée générale peut être convoquée dans les conditions prévues à l'article 20 et délibère valablement si le nombre des délégués présents ou représentés, ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance ou par vote électronique est au moins égal au quart du total des délégués composant l'assemblée générale.

Les décisions sont adoptées, dans les deux cas, à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

### Article 24 • Modalités de vote par procuration, par correspondance ou par vote électronique

Le délégué peut voter par procuration, par correspondance ou recourir au vote électronique.

En cas de vote par procuration, le délégué empêché peut s'y faire représenter par un autre délégué de la Mutuelle, sans toutefois que le nombre de voix exprimées par un même délégué puisse excéder trois, y compris la sienne.

Un formulaire de vote par procuration sera remis à tous les délégués lors de l'envoi de la convocation. Le texte des résolutions ainsi qu'un exposé des motifs sont joints au formulaire de vote par procuration.

Le délégué empêché devra signer le formulaire et y indiquer ses nom, prénom et domicile ainsi que ceux du mandataire.

### Article 25 • Force exécutoire des décisions

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au Code de la Mutualité.

Les modifications des statuts et du règlement intérieur sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres.

## Chapitre II

### CONSEIL D'ADMINISTRATION

#### Section 1

#### Composition, élections

### Article 26 • Composition

La Mutuelle est administrée par un conseil d'administration comprenant au plus 35 administrateurs.

Le conseil d'administration comprend, outre les administrateurs, deux représentants des salariés.

Les administrateurs sont élus par les membres de l'assemblée générale parmi les membres participants et honoraires.

Le conseil d'administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité.

La représentation de chaque sexe au sein du Conseil ne pourra être inférieure à 40% de la totalité des membres.

Le nombre des administrateurs âgés de plus soixante-huit ans ne peut excéder le tiers - arrondi au nombre immédiatement supérieur - des administrateurs en fonction. Lorsque cette proportion du tiers est dépassée, l'administrateur le plus âgé est réputé démissionnaire d'office. Lorsque le dépassement de ce seuil trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur ayant plus de soixante-huit ans, celui-ci est réputé démissionnaire d'office.

### Article 27 • Conditions d'éligibilité - Limite d'âge

Est éligible au conseil d'administration, en qualité d'administrateur, tout membre de la Mutuelle, à la condition :

- d'être à jour de ses cotisations ;
- d'être âgé de dix-huit ans révolus ;
- de ne pas avoir été, au cours des trois années précédant l'élection, salarié de la Mutuelle ou de personnes morales avec lesquelles cette dernière constitue un groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité ;
- de n'avoir fait l'objet d'aucune des condamnations énumérées à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

### Article 28 • Cumul des mandats

Une même personne ne peut appartenir simultanément en qualité d'administrateur à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations déduction faite des mandats détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité.

Le président ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur, dont au plus deux mandats de président du conseil d'administration d'une fédération ou d'une union ou d'une mutuelle. Dans le décompte des mandats de président ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité.

### Article 29 • Modalités de l'élection des administrateurs

Conformément aux dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du conseil d'administration sont élus y compris par recours au vote électronique, dans des conditions garantissant le secret du vote par l'assemblée générale au scrutin uninominal majoritaire à un tour ; dans le cas où des candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

### Article 30 • Durée et fin du mandat

Les administrateurs sont élus pour une durée de six ans. Le renouvellement du conseil d'administration a lieu par moitié tous les trois ans.

Leurs fonctions expirent à l'issue de l'assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice écoulé et réunie dans l'année d'expiration de leur mandat.

Les administrateurs sont rééligibles deux fois.

### • Cooptation

Toutefois, en cas de vacance en cours de mandat liée à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou à la cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L.612-23-1 du Code monétaire et financier, il peut être procédé à la cooptation d'un administrateur par le conseil d'administration avant la réunion de l'assemblée générale.

Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche assemblée générale. Si la nomination faite par le conseil d'administration n'est pas ratifiée par ladite assemblée générale, cela n'entraîne pas la nullité des délibérations auxquelles a pris part cet administrateur.

L'administrateur dont la cooptation a été ratifiée par l'assemblée générale achève le mandat de son prédécesseur.

### • Démission

Les administrateurs sont déclarés démissionnaires d'office par le conseil d'administration et cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées au dernier alinéa de l'article 26 ;
- à défaut d'avoir présenté leur démission, dans les conditions définies à l'article L.114-23 du Code de la Mutualité, lorsqu'ils appartiennent à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations et que leur mandat d'administrateur au sein de la Mutuelle est le plus récent ;
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité ;
- en cas d'incapacité ou incompatibilité avec une disposition légale ou réglementaire.

### • Révocation

Un administrateur peut être révoqué par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration en cas d'absence sans motif valable à 3 séances consécutives.

En cas de manquement aux missions d'administrateur, l'assemblée générale peut décider de révoquer un administrateur sur proposition motivée du conseil d'administration.

### Article 31 • Représentation des salariés au conseil d'administration

Dans le cadre de la représentation des salariés prévue par l'article L.114-16-2 du Code de la Mutualité et ainsi que prévu dans l'article 26 des statuts, deux représentants des salariés assistent avec voix délibérative aux réunions du conseil d'administration.

Les représentants des salariés sont élus conformément aux dispositions de l'article L.114-16-2 du Code de la Mutualité. Leur mandat est d'une durée de 6 ans.

En cas de vacance pour quelque cause que ce soit d'un poste de représentant des salariés, le siège vacant est pourvu par le candidat figurant sur la même liste immédiatement après le dernier candidat élu, pour la durée du mandat restant à courir.

## Section 2

## Réunions

### Article 32 • Convocation et réunions

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président toutes les fois que l'intérêt de la Mutuelle l'exige, et au moins trois fois par an.

Les convocations sont adressées aux administrateurs cinq jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence. La situation d'urgence est souverainement appréciée par le président.

Le président peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du conseil d'administration.

### Article 33 • Délibérations

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Sont réputés présents, pour le calcul du quorum et de la majorité, les membres du conseil d'administration qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication, dans les conditions définies au règlement intérieur.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Le conseil d'administration vote obligatoirement dans des conditions garantissant le secret du vote, y compris par recours au vote électronique, pour l'élection du président ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

Les administrateurs, et toutes les personnes présentes aux réunions du conseil d'administration, sont tenus à une obligation de discrétion s'opposant à la divulgation de renseignements ou informations confidentielles.

## Section 3

## Pouvoirs - Délégations

### Article 34 • Pouvoirs

Le conseil d'administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application.

Le conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

Il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi, et en particulier à la clôture de chaque exercice :

- il arrête les comptes annuels ;
- il établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L.114-17 du Code de la Mutualité ;
- il approuve annuellement :
  - le rapport sur la loi de transition énergétique ;
  - le rapport annuel sur les procédures d'élaboration et de vérification de l'information financière et comptable ;
  - les rapports narratifs SFCR et RSR ;
  - le rapport ORSA, le rapport de contrôle interne « Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme » ;
  - le rapport actuariel.
- en tant que de besoin, un rapport, présenté à l'assemblée générale, dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la Mutualité.

Il organise le contrôle interne. Il approuve annuellement les différentes politiques écrites instituées par le régime prudentiel Solvabilité 2.

Le conseil d'administration entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions-clés.

Toute convention relevant des dispositions de l'article L.114-32 du Code de la Mutualité sur les conventions règlementées, lui est soumise pour autorisation préalable.

Il dispose pour pourvoir au bon fonctionnement de la Mutuelle de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale ou à un autre organe de la Mutuelle.

Le conseil d'administration :

- adopte et modifie les règlements mutualistes des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité, dans le respect des orientations générales fixées par l'assemblée générale ;
- fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations individuelles et des opérations collectives mentionnées respectivement au II et au III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au président du conseil d'administration.

Le conseil d'administration rend compte des décisions qu'il prend en la matière, devant l'assemblée générale qui en prend acte, par le vote d'une résolution.

Il peut créer, en son sein, des commissions et des comités temporaires ou permanents.

### Article 35 • Force exécutoire des décisions

Les décisions régulièrement prises par le conseil d'administration s'imposent à la Mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle, aux principes et règles générales fixés par l'assemblée générale, au Code de la Mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations et des règlements mutualistes sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres.

### Article 36 • Délégations

Le conseil d'administration peut déléguer certains de ses pouvoirs, sous sa responsabilité et son contrôle :

- soit au président, dirigeant effectif,
- soit au directeur général, dirigeant opérationnel,
- soit à un comité exécutif,
- soit à un ou plusieurs administrateurs,
- soit à un ou plusieurs de ses comités spécialisés.

## Section 4 Statut des administrateurs

### Article 37 • Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

Cependant, la Mutuelle peut verser aux administrateurs des indemnités et leur rembourser leurs frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfants, dans les conditions prévues par les articles L.114-26 à L.114-28 du Code de la Mutualité.

### Article 38 • Incompatibilités

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, des rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du Code de la Mutualité.

Les administrateurs ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

### Article 39 • Obligations des administrateurs

Les administrateurs sont tenus à une obligation de réserve et au secret des délibérations.

Il leur est interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des présents statuts.

Ils sont tenus de faire connaître à la Mutuelle :

- les mandats d'administrateur qu'ils exercent dans d'autres organismes mutualistes ainsi que toute modification apportée sur ce point à leur situation ;
- les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

### Article 40 • Responsabilité des administrateurs

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, du non-respect des statuts ou des fautes commises dans la gestion de la Mutuelle.

## Chapitre III

### PRÉSIDENT, DIRECTEUR GÉNÉRAL ET COMITÉ EXÉCUTIF

#### Section 1 Président, dirigeant effectif

##### Article 41 • Élection et révocation

Le conseil d'administration élit, parmi ses membres, un président qui est élu en qualité de personne physique et qu'il peut, à tout moment, révoquer.

Le président est élu, à bulletin secret, au scrutin majoritaire uninominal à deux tours, pour une durée de trois ans. Le mandat est renouvelable deux fois.

Pour être élu au 1<sup>er</sup> tour, il faut obtenir la majorité absolue des suffrages exprimés. En cas de ballottage seuls les deux candidats ayant obtenu le plus de suffrages exprimés peuvent se présenter au second tour. La majorité relative suffit pour être élu au second tour.

Le président est élu au cours de la première réunion du conseil d'administration qui suit la constitution initiale ou le renouvellement du conseil d'administration.

Le président dirige effectivement la Mutuelle au sens de l'article L.211-13 du Code de la Mutualité.

Outre le président du conseil d'administration, une ou plusieurs autres personnes physiques peuvent être désignées comme dirigeants effectifs par le conseil d'administration, sur proposition de son président, dans les conditions prévues par l'article R.211-15 du Code de la Mutualité.

##### Article 42 • Vacance de la présidence

En cas de décès, de démission, d'incapacité ou incompatibilité avec une disposition légale ou réglementaire du président ou lorsqu'il perd la qualité de membre, il est pourvu dans les meilleurs délais à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection pour la durée du mandat qui reste à courir.

Le conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le vice-président délégué, et à défaut par un vice-président, élus dans les conditions prévues à l'article 45, à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le vice-président délégué, et à défaut un vice-président, à défaut par l'administrateur le plus âgé.

#### Section 2 Pouvoirs du président

##### Article 43 • Pouvoirs

Le président organise et dirige les travaux du conseil d'administration qu'il convoque et dont il établit l'ordre du jour des réunions.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure, en particulier, que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Il donne son avis aux commissaires aux comptes sur toutes les conventions autorisées et communique à ces derniers comme au conseil d'administration la liste et l'objet de toutes les conventions portant sur des opérations courantes et qui sont conclues, en particulier, entre la Mutuelle et un administrateur, directement ou par personne interposée, conformément aux exigences de l'article L.114-33 du Code de la Mutualité.

Il engage les recettes et les dépenses.

Il représente la Mutuelle en justice, tant en demande qu'en défense, et dans tous les actes de la vie civile.

Il peut mandater un autre administrateur afin qu'il représente la Mutuelle dans les cas visés à l'alinéa précédent, mais pour des affaires qu'il précise.

Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier, au directeur général de la Mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. Sous réserve de l'obtention de l'accord préalable du conseil d'administration, chaque délégataire pourra à son tour déléguer les pouvoirs qu'il a ainsi reçus.

#### Section 3 Directeur général, dirigeant opérationnel

##### Article 44 • Nomination – attributions – vacance

Le conseil d'administration nomme, sur proposition du président du conseil d'administration, le dirigeant opérationnel, personne physique qui ne peut être un administrateur. Il peut mettre fin aux fonctions du dirigeant opérationnel suivant la même procédure.

Le dirigeant opérationnel porte également le titre de directeur général.

Le directeur général assure, avec le président du conseil d'administration, la direction effective de la Mutuelle.

Le conseil d'administration approuve les éléments du contrat de travail du directeur général et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

Le directeur général exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration, dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci et dans la limite de la délégation qui lui est consentie.

Il assiste à toutes les réunions du conseil d'administration.

Le directeur général propose au conseil d'administration la désignation des responsables des fonctions clés mentionnées à l'article L.211-12 du Code de la Mutualité lesquels sont placés sous son autorité.

Il soumet également à l'approbation du conseil d'administration, les procédures définissant les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions clés peuvent informer directement et de leur propre initiative le conseil d'administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

Le conseil d'administration entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la présence du directeur général et tout autre dirigeant effectif salarié si les membres du conseil d'administration l'estiment nécessaire. Le conseil d'administration peut renvoyer cette audition devant le comité exécutif de la Mutuelle, lequel revêt la qualité du comité spécialisé prévu à l'article L.211-13 du Code de la Mutualité.

En cas de vacance définitive du directeur général pour cause de décès, démission ou pour toute autre cause, un nouveau directeur général, dirigeant opérationnel est nommé par le conseil d'administration dans les meilleurs délais.

## Section 4

### Comité exécutif

#### Article 45 • Composition

Le comité exécutif, comité de réflexion stratégique du conseil d'administration, est composé au plus de 9 membres élus par le conseil d'administration en son sein, comprenant outre le président du conseil d'administration, un vice-président délégué et/ ou un ou plusieurs vice-présidents. Le cas échéant, le conseil d'administration détermine les attributions du ou des vice-président(s) délégué(s) et/ou vice-présidents.

Les membres du comité exécutif sont élus pour trois ans par le conseil d'administration, en son sein, au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration.

Le conseil d'administration peut élire des membres du comité exécutif à tout moment, notamment en cas de vacance, pour la durée restant à courir du mandat.

Le mandat de président est renouvelable deux fois.

La représentation de chaque sexe au sein du comité ne pourra être inférieure à 40% de la totalité des membres.

De même, la moyenne d'âge ne pourra excéder 60 ans étant précisé qu'en cas de dépassement, le membre le plus ancien sera réputé démissionnaire d'office. Il sera procédé à son remplacement par le conseil d'administration.

Le dirigeant opérationnel assiste aux réunions du comité exécutif.

Ce comité pourra accueillir, en outre, des membres du comité de direction générale de la Mutuelle.

Les membres élus du comité exécutif peuvent se réunir exclusivement entre eux, à la demande du président.

#### Article 46 • Vice-présidents et vice-président délégué

En cas d'indisponibilité temporaire du président, le vice-président délégué ou l'un des vice-présidents assume les fonctions du président prévues à l'article L.114-18 du Code de la Mutualité.

Le conseil d'administration peut confier à un vice-président la responsabilité de la validation des procès-verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des membres.

#### Article 47 • Réunions et délibérations

Le comité exécutif se réunit sur convocation du président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle. Il prépare les réunions du conseil d'administration.

Le président peut inviter des personnes extérieures au comité exécutif à assister aux réunions.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé lors de la séance suivante.

## Chapitre IV

### MANDATAIRES MUTUALISTES

#### Article 48 • Définition

Le mandataire mutualiste, en application de l'article L.114-37-1, est une personne physique, distincte de l'administrateur mentionné à l'article L.114-16, qui apporte à une mutuelle, union ou fédération, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre de ou des mandats pour lesquels il a été statutairement désigné ou élu.

Peuvent bénéficier du statut de mandataire mutualiste :

- les délégués à l'assemblée générale ;
- les délégués territoriaux et régionaux ;
- les présidents de territoires.

#### Article 49 • Mandataire mutualiste

La Mutuelle propose à ses mandataires mutualistes, lors de l'exercice de leur mandat, un programme de formation à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Cependant, leur frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent leur être remboursés dans les mêmes conditions définies et dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs.

## Chapitre V

### COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les mandats des membres des comités du conseil d'administration ont une durée de trois ans.

#### Section 1

#### Comité d'audit et des risques

##### Article 50 • Composition

La composition du comité d'audit et des risques est fixée dans le règlement intérieur dudit comité, conformément aux dispositions de l'article L.114-17-1 du Code de la Mutualité. Ses membres sont désignés par le conseil d'administration.

##### Article 51 • Missions

Conformément aux dispositions des articles L.114-17-1 et L.212-3-2 du Code de la Mutualité et L.823-19 du Code de Commerce, le comité d'audit et des risques est chargé :

- de suivre le processus d'élaboration de l'information financière ;
- de suivre le processus d'élaboration des comptes annuels de la Mutuelle, d'examiner les hypothèses retenues pour les arrêtés de compte et d'étudier la pertinence du choix des principes et méthodes comptables ;
- d'assurer le suivi de la politique, des procédures et des systèmes de gestion des risques ;
- de s'assurer d'un dispositif de contrôle interne et de son efficacité ;
- d'émettre une recommandation sur les commissaires aux comptes lors de leur désignation ou de leur renouvellement par l'assemblée générale ;
- de surveiller l'exécution de la mission des commissaires aux comptes, leur mode de rémunération et leur indépendance ;
- d'approuver la fourniture des services mentionnés à l'article L.822-11-2 du Code de Commerce.

Le comité d'audit et des risques rend compte régulièrement au conseil d'administration de l'exercice de ses missions, ainsi que des résultats de la mission de certification des comptes, de la manière dont cette mission a contribué à l'intégrité de l'information financière et du rôle qu'il a joué dans ce processus. Il l'informe sans délai de toute difficulté rencontrée.

Au-delà de ces missions, le comité d'audit et des risques peut se voir confier d'autres missions détaillées dans son règlement intérieur.

##### Article 52 • Fonctionnement

Les modalités de fonctionnement du comité d'audit et des risques sont précisées dans le règlement intérieur du comité d'audit et des risques.

Le règlement intérieur du comité d'audit et des risques est établi par le conseil d'administration.

#### Section 2

#### Comité des finances

##### Article 53 • Composition

Le comité des finances comprend 8 à 10 membres en ce compris son président, désignés pour une durée de trois ans, par le conseil d'administration étant précisé que deux membres doivent être choisis en dehors des administrateurs.

##### Article 54 • Missions

Le comité a notamment la charge :

- d'instruire les dossiers dont le comité exécutif a acté les principes directeurs : budget, business plan,
- de suivre l'exécution budgétaire,
- d'étudier les comptes annuels, solo et pallier de combinaison,
- d'analyser les prises de participation,
- d'étudier les dossiers de financement des grands projets,
- de vérifier l'exécution de la politique d'investissement (placements et immobilier).

## Article 55 • Fonctionnement

Le comité est présidé par un vice-président.

Le président du comité a pour rôle de convoquer et animer les réunions du comité et de rendre compte au conseil d'administration en présentant notamment le rapport sur la situation financière.

Il présente au conseil d'administration un rapport annuel sur la situation financière de la Mutuelle.

Le comité se réunit au moins 4 fois par an.

Un règlement intérieur du comité peut être établi par le conseil d'administration.

## Section 3 Comité des mandats et d'éthique

### Article 56 • Comité des mandats et d'éthique

Instance collégiale composée d'administrateurs désignés par le conseil pour une durée de trois ans, le comité des mandats et d'éthique est chargé :

- d'étudier tous les mandats de représentation qui sont proposés au conseil ;
- d'examiner les cas dont il aurait été saisi et de prononcer, en toute indépendance, les sanctions aux manquements à l'éthique qui se matérialiseraient par le non-respect des règles en vigueur énoncées dans la charte éthique de la Mutuelle à laquelle sont tenus les administrateurs, les mandataires mutualistes et les délégués à l'assemblée générale.

Le comité est présidé par un vice-président.

Sa composition est fixée dans le règlement intérieur dudit comité.

## Section 4 Comité de mission

### Article 57 • Suivi de l'exécution des objectifs sociaux et environnementaux de la Mutuelle

#### 57.1 Création d'un comité de mission, distinct des organes sociaux

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires issues de la Loi PACTE et notamment l'article 110-1-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est dotée d'un comité de mission, distinct des organes sociaux.

#### 57.2 Composition du comité de mission

Le comité de mission est composé d'un nombre de membres compris entre sept et neuf. Les membres du comité de mission sont des personnes physiques désignées par le conseil d'administration. Un de ces membres au moins est désigné parmi les salariés de la Mutuelle.

Les membres du comité de mission sont désignés pour une durée de trois exercices. Leur mandat est renouvelable dans les limites fixées dans le règlement intérieur dudit comité.

#### 57.3 Attributions du comité de mission

Le comité de mission est chargé exclusivement du suivi de l'exécution des objectifs sociaux et environnementaux de la Mutuelle tels que définis à l'article 3.2 des présents statuts. Il n'a aucun pouvoir de décision ou de représentation vis-à-vis des tiers.

Il présente annuellement un rapport joint au rapport de gestion du conseil d'administration, à l'assemblée chargée de l'approbation des comptes de la Mutuelle.

Le comité procède à toute vérification qu'il juge opportune et se fait communiquer tout document nécessaire au suivi de l'exécution de la mission.

L'exécution des objectifs sociaux et environnementaux mentionnés à l'article 3.2 des présents statuts fait l'objet d'une vérification par un organisme tiers indépendant. Cette vérification donne lieu à un avis joint au rapport du comité de mission à l'assemblée générale.

Cet organisme tiers indépendant est désigné par le conseil d'administration de la Mutuelle pour une durée initiale qui ne peut excéder six exercices. Cette désignation est renouvelable, dans la limite d'une durée totale de douze exercices.

#### 57.4 Fonctionnement du comité de mission

Les règles relatives au fonctionnement du comité de mission sont définies dans un règlement intérieur qui sera établi par le conseil d'administration de la Mutuelle.

## Chapitre VI

### DISPOSITIONS FINANCIÈRES

## Section 1 Produits et charges

### Article 58 • Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- les droits d'adhésion et les cotisations des membres participants et honoraires afférents à l'activité de la Mutuelle ;

- les produits financiers ;
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers.

Plus généralement, toutes autres ressources non interdites par la loi, conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêts, redevances.

### Article 59 • Charges

Les charges de la Mutuelle comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants et à leurs ayants droit ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
- les versements faits aux unions et fédérations ;
- les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds ;
- le cas échéant, les cotisations versées au système fédéral de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française prévu à l'article L.111-6 du Code de la Mutualité ;
- la redevance prévue à l'article L.951-1.2 du Code de la Sécurité sociale et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) pour l'exercice de ses missions.

Plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

## Section 2 Autres dispositions

### Article 60 • Fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100 Euros.

Il est prélevé sur les réserves de la Mutuelle.

Ce montant pourra être augmenté par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions prévues à l'article 23-II des présents statuts.

### Article 61 • Fonds de garantie

La Mutuelle adhère au système de garantie créé par la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

### Article 62 • Exercice comptable

Conformément aux dispositions de l'article II.1.6 du règlement 2002-06 du 12 décembre 2002 relatif au plan comptable des mutuelles relevant du Code de la Mutualité et assumant un risque d'assurance :

- l'exercice comptable de la Mutuelle commence le 1<sup>er</sup> janvier et finit le 31 décembre de chaque année ;
- le premier exercice est clôturé le 31 décembre 2012.

## Titre III

## ORGANISATION TERRITORIALE ET RÉGIONALE DE LA MUTUELLE

### Chapitre I

#### LES TERRITOIRES

### Article 63 • Définition des territoires

Pour favoriser et faire vivre la proximité entre la Mutuelle et ses membres participants et honoraires, ceux-ci sont regroupés géographiquement, au sein de territoires en fonction de leur lieu de domicile.

L'objet, le nombre et l'étendue de ces territoires, leur organisation et leurs attributions sont définis dans le règlement intérieur.

Chaque territoire est doté d'une assemblée de territoire composée de délégués territoriaux et des délégués à l'assemblée générale issus du territoire.

### Chapitre II

#### LES RÉGIONS

### Article 64 • Définition des régions

Les régions regroupent l'ensemble des territoires définis à l'article 63.

La région est un lieu d'échange et de coordination, notamment en termes de diffusion d'information, entre les territoires qui la composent d'une part et entre lesdits territoires et l'organisation centrale de la Mutuelle d'autre part.

Les régions sont garantes de l'articulation entre le conseil d'administration et les territoires et donnent l'impulsion et la cohésion aux actions des élus.

Leur objet, le nombre et l'étendue de ces régions, leur organisation et leurs attributions sont définis dans le règlement intérieur.

L'assemblée de région est composée des délégués régionaux et des délégués à l'assemblée générale issus de la région.

Les délégués régionaux sont élus parmi les délégués territoriaux des territoires composant la région.

### Article 65 • Volontaires Mutualistes

La Mutuelle peut également admettre avec voix consultative, des personnes physiques qui apportent à la Mutuelle, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole à des actions menées en faveur de la Mutuelle et de ses adhérents.

Ces personnes dénommées « volontaires mutualistes » sont désignées selon des modalités définies dans le règlement intérieur.

## Titre IV

### DISSOLUTION ET LIQUIDATION

#### Article 66 • Dissolution et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 23- II ci-dessus.

L'assemblée générale nomme un (ou plusieurs) liquidateur(s) qui peu(vent) être choisi(s) parmi les membres du conseil d'administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'assemblée générale régulièrement constituée conserve, pendant la liquidation, les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a eu lieu, des pouvoirs spéciaux au(x) liquidateur(s).

L'assemblée générale qui se prononce sur la dissolution et qui statue dans les conditions prévues au I de l'article L.114-12 désigne le ou les attributaires de l'excédent de l'actif net sur le passif. Ces attributaires sont d'autres mutuelles, unions ou fédérations, le fonds de solidarité et d'action mutualistes mentionné à l'article L.421-1, ou le fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1. À défaut de dévolution, par l'assemblée générale ayant prononcé la dissolution, de l'excédent de l'actif net sur le passif, celui-ci est affecté au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1.

## Titre V

### INFORMATION DES MEMBRES

#### Article 67 • Étendue de l'information

Chaque membre de la Mutuelle reçoit gratuitement un exemplaire des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste et, en tant que de besoin, des notices d'information correspondant aux contrats collectifs à adhésion facultative ou obligatoire souscrits auprès de la Mutuelle ou par la Mutuelle au profit de l'ensemble de ses membres ou d'une catégorie d'entre eux.

Chaque membre est informé par tout moyen dont la revue de la Mutuelle :

- des modifications apportées aux documents précités ;
- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès ;
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

#### Article 68 • Protection des données à caractère personnel

Les données relatives aux membres participants, leurs ayants droit et membres honoraires constituent des données à caractère personnel et sont protégées à ce titre par le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 (ci-après, « le règlement européen sur la protection des données »), ainsi que par la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La Mutuelle s'engage, dans le cadre des différents traitements qu'elle est amenée à mettre en œuvre au titre la réalisation de son objet et des activités définies à l'article 3 des présents Statuts, à respecter toutes les obligations posées par ces différentes réglementations, et notamment à ne pas utiliser les données à caractère personnel des membres et ayants droit à d'autres fins que celles résultant de l'application des statuts, du règlement intérieur et des règlements mutualistes.

La Mutuelle s'engage également, en tant que responsable de traitement, à traiter loyalement les données des membres et ayants droit et à leur permettre, au travers des différents documents d'information ou supports de collecte de données, de connaître la raison de la collecte des différentes données les concernant, de comprendre le traitement qui sera fait de leurs données et d'assurer la maîtrise de leurs données, en facilitant l'exercice de leurs droits.

## Titre VI

### DISPOSITIONS DIVERSES

#### Article 69 • Fonds d'action sociale

Un fonds d'action sociale est créé dans le but d'aider à titre exceptionnel les membres participants et leurs ayants droit.

Les sommes destinées à alimenter ce fonds sont votées lors de l'établissement du budget annuel de la Mutuelle et approuvées en assemblée générale. Elles sont prélevées uniquement sur les fonds disponibles de la Mutuelle après constitution des réserves et des provisions techniques exigées par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

L'octroi des aides relève de la compétence du conseil d'administration, qui peut déléguer à des commissions territoriales, le soin de décider de cette attribution.

#### Article 70 • Médiation

En cas de difficultés liées, en particulier, à l'application ou à l'interprétation des statuts et du règlement mutualiste, les membres participants et honoraires peuvent saisir le médiateur de la Mutuelle. Celui-ci est désigné conformément aux dispositions des articles L.611-1 et suivants et R.612-1 et suivants du Code de la consommation.

## Titre VII

### OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS L'UNION MUTUALISTE DE GROUPE (UMG) GROUPE VYV

#### Article 71 • Respect des engagements pris au titre de l'affiliation de la Mutuelle à l'UMG GROUPE VYV

La Mutuelle adhère à l'union mutualiste de groupe GROUPE VYV telle que définie à l'article L.111-4-2 du Code de la Mutualité.

À ce titre, la Mutuelle s'engage au respect des dispositions des statuts de l'UMG et de la convention d'affiliation conclue avec elle, et notamment celles imposant de :

- permettre la participation des dirigeants de l'UMG aux instances de la Mutuelle ;
- se conformer aux décisions du conseil d'administration de l'UMG dans les domaines placés sous contrôle stratégique du Groupe ;
- recueillir l'accord du conseil d'administration de l'UMG ou l'informer, selon les cas, préalablement à la réalisation d'opérations précisément définies dans les statuts de l'UMG ou dans la convention d'affiliation ;
- soumettre à l'agrément du conseil d'administration de l'UMG la nomination du dirigeant opérationnel et autres dirigeants effectifs salariés de la Mutuelle, ainsi que celle de ses responsables des fonctions clés, préalablement à leur désignation par le conseil d'administration de celle-ci ;
- soumettre au vote du conseil d'administration de la Mutuelle, à la demande expresse du conseil d'administration de l'UMG, la révocation du dirigeant opérationnel et/ou des autres dirigeants effectifs salariés et/ou la destitution de tout ou partie des responsables des fonctions clés de la Mutuelle ;
- se prêter aux audits diligentés par le conseil d'administration de l'UMG dans les conditions prévues dans la convention d'affiliation, et se conformer à leurs préconisations et à leurs modalités de suivi.

Plus généralement, la Mutuelle s'engage à se conformer aux mécanismes traduisant d'une part l'influence dominante du nouveau Groupe sur ses mutuelles affiliées et d'autre part la solidarité financière, ainsi qu'à se soumettre aux pouvoirs de contrôle et de sanction de celui-ci.

Les dispositions et engagements pris au titre du présent article complètent les articles des présents statuts qui portent le cas échéant sur les mêmes sujets ; en cas de contradiction, ces dispositions et engagements prévalent.

# Règlement intérieur de la Mutuelle

## Sommaire

Titre I	<b>LES TERRITOIRES DE LA MUTUELLE</b>	14	Titre V	<b>LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE</b>	17
Chapitre I	<b>Objet - Définition</b>	14	Chapitre I	<b>L'élection des administrateurs</b>	17
Article 1 • <b>Objet</b>		14	Article 26 • <b>Conditions de présentation des candidatures</b>		17
Article 2 • <b>Définition des territoires</b>		14	Chapitre II	<b>Les réunions du conseil</b>	17
Chapitre II	<b>Les assemblées de territoire</b>	14	Article 27 • <b>Conseil consécutif au renouvellement total du conseil d'administration</b>		17
Article 3 • <b>Composition</b>		14	Article 28 • <b>Procès-verbal</b>		17
Article 4 • <b>Attributions - Convocation - Réunions</b>		14	Chapitre III	<b>L'élection du président de la Mutuelle</b>	17
Chapitre III	<b>Les conseils de territoire</b>	14	Article 29 • <b>Déclarations de candidatures</b>		17
Article 5 • <b>Composition</b>		14	Article 30 • <b>Élection</b>		17
Article 6 • <b>Attributions</b>		14	Article 31 • <b>Fonctionnement</b>		17
Article 7 • <b>Convocation - Réunions</b>		14			
Article 8 • <b>Les présidents des conseils de territoire</b>		14			
Chapitre IV	<b>Le parlement des territoires</b>	14			
Article 9 • <b>Objet</b>		14			
Titre II	<b>LES RÉGIONS DE LA MUTUELLE</b>	15			
Chapitre I	<b>Objet - définition</b>	15			
Article 10 • <b>Objet</b>		15			
Article 11 • <b>Définition des régions</b>		15			
Chapitre II	<b>Les assemblées de région</b>	15			
Article 12 • <b>Composition</b>		15			
Article 13 • <b>Attributions - Convocation - Réunions</b>		15			
Chapitre III	<b>Les conseils de région</b>	15			
Article 14 • <b>Composition</b>		15			
Article 15 • <b>Attributions</b>		15			
Article 16 • <b>Convocation - Réunions</b>		15			
Article 17 • <b>Les présidents des conseils de région</b>		15			
Chapitre IV	<b>Le comité des présidents de région</b>	15			
Article 18 • <b>Composition</b>		15			
Article 19 • <b>Attributions - Convocation - Réunions</b>		15			
Titre III	<b>HARMONIE ENTREPRISES ET HARMONIE ESS</b>	15			
Article 20 • <b>Harmonie Entreprises</b>		15			
Article 20 bis • <b>Harmonie ESS</b>		15			
Titre IV	<b>L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE</b>	15			
Chapitre I	<b>Les sections de vote</b>	15			
Article 21 • <b>Définition</b>		15			
Chapitre II	<b>L'élection des délégués à l'assemblée générale</b>	16			
Article 22 • <b>Le rôle des délégués à l'assemblée générale</b>		16			
Article 23 • <b>Conditions d'éligibilité et candidatures</b>		16			
Article 24 • <b>Organisation des élections dans les sections de vote</b>		16			
Chapitre III	<b>Le déroulement des assemblées générales</b>	17			
Article 25 • <b>Organisation de l'assemblée générale</b>		17			

# Mis à jour par l'assemblée générale des 5 et 6 juillet 2023

## Préambule

Le règlement intérieur vient compléter les statuts de la Mutuelle et préciser ses règles de fonctionnement.

### Titre I

## LES TERRITOIRES DE LA MUTUELLE

### Chapitre I

#### OBJET - DÉFINITION

##### Article 1 • Objet

Dans le but de faire participer activement les membres participants et honoraires de la Mutuelle à la vie et au développement de celle-ci, des territoires sont créés. Au sein des territoires, lesdits membres pourront se faire représenter au sein des assemblées de territoire et des conseils de territoire. Les conditions de représentation sont définies par les règlements des territoires.

Les territoires ont vocation à favoriser, dans le cadre d'une mission consultative et de coordination, les actions de la Mutuelle.

Ils ne sont pas un lieu décisionnel en matière d'activité d'assurance de la Mutuelle et de gestion de cette activité. En revanche, les territoires peuvent être un lieu de débat et de proposition sur ces sujets de manière à alimenter les réflexions des instances de la Mutuelle.

Le territoire constitue l'espace dans lequel les délégués s'organisent pour faire vivre la proximité.

C'est un lieu :

- de débat sur tous les sujets qui concernent la Mutuelle, tant locaux que nationaux ;
- d'action en matière de partenariats locaux, de communication locale, d'action sociale, et de prévention ;
- d'intégration où se forge la culture d'appartenance à la Mutuelle, à ses principes et ses valeurs.

Des rencontres locales ouvertes aux membres participants et honoraires sont organisées au sein du territoire.

##### Article 2 • Définition des territoires

La Mutuelle est organisée en territoires.

Le territoire correspond a minima à un département et au plus à une région administrative.

Par principe, les membres participants et honoraires de la Mutuelle sont rattachés au territoire du lieu de leur domicile principal. Par exception, et sur autorisation d'une commission électorale constituée par le conseil d'administration, les membres participants et honoraires peuvent être rattachés à un autre territoire notamment en fonction de leur lieu de domicile secondaire ou de leur lieu de travail, afin d'accroître leurs disponibilités.

Les territoires sont regroupés en régions définies ci-après.

Ces territoires sont dénommés et répartis géographiquement ainsi qu'il suit : cf. liste des territoires et des régions p. 18.

Les membres participants et honoraires de la Mutuelle ayant adhéré et résidant soit :

- dans un État qui n'est pas partie à l'Espace Économique Européen
- dans un État partie à l'Espace Économique Européen et dont l'adhésion est à titre individuel
- soit en France non métropolitaine (ex : départements et régions d'Outremer)

sont rattachés au territoire « Ile-de-France ».

Les élus de la Mutuelle tirent leur légitimité du territoire qui constitue aussi le socle géographique des élections.

Chaque territoire dispose de son propre règlement établi sur la base d'un projet de règlement type susceptible d'aménagement en fonction des spécificités dudit territoire.

Le règlement type du territoire est approuvé par le conseil d'administration.

### Chapitre II

#### LES ASSEMBLÉES DE TERRITOIRE

##### Article 3 • Composition

Chaque territoire est doté d'une assemblée de territoire composée de délégués territoriaux et des délégués à l'assemblée générale issus du territoire.

Les délégués territoriaux représentent :

- les membres participants et honoraires au sein du territoire ;
- la Mutuelle auprès des membres participants et honoraires.

Les volontaires mutualistes définis à l'article 65 des statuts sont désignés soit par le conseil d'administration, soit par le conseil de région, sur proposition des présidents de territoire, parmi les membres participants ou honoraires qui résident dans le territoire concerné, ou en dehors des membres de la Mutuelle dès lors qu'ils justifient un domicile dans ledit territoire.

La composition de l'assemblée de territoire, y compris le nombre de délégués territoriaux et les modalités de représentation à l'assemblée, est définie dans le règlement du territoire.

##### Article 4 • Attributions - Convocation - Réunions

Les assemblées de territoire ont notamment pour objet d'animer la relation de proximité avec les membres participants et honoraires.

Il appartient à l'assemblée de territoire :

- d'élire les membres du conseil du territoire ;
- d'élire les délégués de la région à laquelle le territoire qu'elle représente est rattaché ;
- de contrôler l'activité du conseil de territoire.

Les attributions sont limitées au domaine d'action des territoires tel qu'il est précisé à l'article 2 ci-dessus.

Les attributions et les modalités de convocation et de fonctionnement des assemblées de territoire sont précisées dans les règlements de territoire.

### Chapitre III

#### LES CONSEILS DE TERRITOIRE

##### Article 5 • Composition

Chaque territoire est doté d'un conseil de territoire dont les membres sont élus par l'assemblée de territoire dans des conditions définies au règlement des territoires.

##### Article 6 • Attributions

Les attributions des conseils de territoire sont précisées elles-mêmes dans les règlements des territoires. Elles ne peuvent en aucun cas porter sur les domaines de compétence dévolus à l'assemblée de territoire, à l'assemblée générale et au conseil d'administration de la Mutuelle, ou sur la gestion du régime des cotisations et prestations de celle-ci.

Chaque conseil de territoire peut proposer des modifications du règlement de territoire. Ces modifications seront ensuite soumises à l'approbation du conseil d'administration de la Mutuelle.

Le conseil de territoire met en place des commissions permanentes, en concertation avec le conseil de région, qui sont définies au règlement de territoire approuvé par le conseil d'administration.

Il peut créer également des commissions temporaires en concertation avec le conseil de région de rattachement du territoire et dans le cadre de la politique de la Mutuelle.

Le conseil d'administration est saisi des différends pouvant apparaître entre un conseil de territoire et son conseil de région.

##### Article 7 • Convocation - Réunions

L'organisation et le déroulement des réunions des conseils de territoire sont définis dans les règlements de territoire.

##### Article 8 • Les présidents des conseils de territoire

Le conseil de territoire élit un président de territoire, en son sein.

Les modalités d'élection, conditions d'exercice du mandat et les pouvoirs du président de territoire sont définis dans le règlement de territoire.

### Chapitre IV

#### LE PARLEMENT DES TERRITOIRES

##### Article 9 • Objet

Il est constitué un parlement des territoires dont l'objet est :

- de témoigner sur la vie des territoires et de conduire des réflexions pour leur évolution ;
- de s'assurer de la bonne dynamique du développement du militantisme sur les territoires ;

- de contribuer également à une réflexion et un débat sur une thématique proposée par la Mutuelle. Cette thématique est centrée sur des projets, ou des évolutions portant sur les services de la Mutuelle, ou sur des enjeux de santé, de société, de protection sociale, ou du système de santé.

La composition et les modalités de fonctionnement du parlement des territoires sont définies dans le règlement de territoire.

## Titre II

## LES RÉGIONS DE LA MUTUELLE

### Chapitre I

#### OBJET - DÉFINITION

##### Article 10 • **Objet**

Les régions ont pour principal but de créer un « relais » entre le territoire et l'organisation centrale de la Mutuelle. Elles permettent la coordination des politiques territoriales. C'est un lieu :

- de partage des expériences territoriales ;
- de coordination et de soutien afin de rendre cohérentes les politiques sur les territoires avec les orientations nationales ;
- d'enrichissement des réflexions et initiatives territoriales avant transfert au conseil d'administration ;
- de suivi des commissions nationales et d'élaboration de propositions ;
- d'arbitrage des conflits éventuels dans les territoires.

Par délégation et sous le contrôle du conseil d'administration, le conseil de région gère, coordonne et contrôle les mandats locaux externes de la Mutuelle. Le conseil d'administration se garde la possibilité de mettre fin à tout mandat externe.

##### Article 11 • **Définition des régions**

Les territoires de la Mutuelle sont regroupés en régions. Ces régions sont dénommées et réparties géographiquement ainsi qu'il suit : cf. liste des territoires et des régions p. 18.

Chaque région dispose de son propre règlement établi sur la base d'un projet de règlement type susceptible d'aménagement en fonction des spécificités de ladite région.

Le règlement type de région est approuvé par le conseil d'administration.

### Chapitre II

#### LES ASSEMBLÉES DE RÉGION

##### Article 12 • **Composition**

L'assemblée de région est composée des délégués régionaux et des délégués à l'assemblée générale issus de la région.

Les délégués régionaux sont élus parmi les délégués territoriaux des territoires composant la région. Le nombre de délégués régionaux et les modalités de représentation à l'assemblée de région sont définies dans le règlement de région.

Les membres de l'assemblée de région ont pour principal rôle d'être acteur de la relation entre les territoires et les instances régionales et nationales. Ils participent à la représentation de la Mutuelle au sein de la Mutualité, des institutions et de l'économie sociale et solidaire.

##### Article 13 • **Attributions - Convocation - Réunions**

L'assemblée de région élit les membres du conseil de région.

Les attributions, les modalités de convocation et la fréquence des réunions des assemblées de région sont définies et/ou précisées dans le règlement de région.

### Chapitre III

#### LES CONSEILS DE RÉGION

##### Article 14 • **Composition**

Le conseil de région est composé :

- des présidents des territoires de la région ;
- des membres élus par l'assemblée de région ;
- des membres appartenant au conseil d'administration issus de la région.

##### Article 15 • **Attributions**

Le rôle des conseils de région est défini dans les règlements de région. Chaque conseil de région peut créer des commissions régionales.

##### Article 16 • **Convocation - Réunions**

Les attributions, les modalités de convocation et la fréquence des réunions du conseil de région sont définies dans les règlements de région.

#### Article 17 • **Les présidents des conseils de région**

Le président du conseil de région est désigné par le conseil d'administration parmi les administrateurs membres du dit conseil de région.

Le président de région est membre du conseil d'administration de la Mutuelle qui lui donne mandat pour le représenter en région et mettre en place un fonctionnement efficace de celle-ci.

Les conditions d'exercice du mandat et les pouvoirs du président du conseil de région sont définis dans le règlement de région.

### Chapitre IV

#### LE COMITÉ DES PRÉSIDENTS DE RÉGION

##### Article 18 • **Composition**

Le comité des présidents de région est composé des présidents de région et de 3 membres maximum issus du comité exécutif de la Mutuelle.

##### Article 19 • **Attributions - Convocation - Réunions**

Un comité des présidents de région est organisé au moins deux fois par an.

Ce comité permet de témoigner de la vie des régions. Il conduit des réflexions centrées sur la vie des régions.

Les attributions, les modalités de convocation et de réunion du comité des présidents de région sont définies dans les règlements de région.

## Titre III

## HARMONIE ENTREPRISES ET HARMONIE ESS

##### Article 20 • **Harmonie Entreprises**

Harmonie Entreprises fédère les sections professionnelles telles que définies à l'article 17 des présents statuts.

Harmonie Entreprises constitue un lieu :

- d'échange et d'information entre le conseil d'administration et les délégués des sections de vote professionnelles ;
- d'étude et de réflexions sur les éléments qui seront présentés par le conseil d'administration à l'assemblée générale ;
- de suivi de l'évolution de la réglementation applicable aux entreprises en matière de santé et complémentaire santé.

Sa composition, son organisation et ses attributions sont définies dans un règlement approuvé par le conseil d'administration.

##### Article 20 bis • **Harmonie ESS**

Harmonie ESS fédère les membres honoraires souscripteurs d'un contrat collectif entrant dans le champ d'une recommandation établie par une branche du secteur de l'économie sociale et solidaire.

Harmonie ESS est un lieu :

- d'échange et d'information entre le conseil d'administration et les représentants des employeurs et des salariés acteurs du pilotage de la protection sociale dans les branches ;
  - d'étude et de réflexions sur les éléments qui seront présentés par le conseil d'administration à l'assemblée générale ;
  - de suivi de l'accompagnement des acteurs des structures de l'économie sociale pour développer l'emploi de qualité avec, notamment, la prévention des risques professionnels, la santé et le bien-être au travail et le soutien à la fonction employeur,
  - de prospective sur les besoins de protection sociale.
- Sa composition, son organisation et ses attributions sont définies par le conseil d'administration.

## Titre IV

## L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

### Chapitre I

#### LES SECTIONS DE VOTE

##### Article 21 • **Définition**

Il est constitué de :

1. 11 sections de vote régionales, regroupant des territoires.
2. Une section de vote « professionnelle » D et une section de vote « professionnelle » E.
3. Une section de vote « affinitaire ».

Par exception au principe de rattachement géographique, sont rattachés à la section de vote « professionnelle » D, les membres participants et les membres honoraires, affiliés à un contrat obligatoire souscrit par une personne morale tel que défini au 2 du III de l'article

L.221-2 du Code de la Mutualité représentant au moins 8 000 membres participants et honoraires et, sur demande de ladite personne morale souscriptrice, les membres participants qui adhèrent, en qualité d'anciens salariés de cette dernière, à un contrat collectif facultatif bénéficiant de sa participation financière.

Par exception au principe de rattachement géographique, sont rattachés à la section de vote « professionnelle » E les membres participants et les membres honoraires affiliés à un contrat obligatoire souscrit par une personne morale tel que défini au 2 du III de l'article L.221-2 du Code de la Mutualité représentant entre 800 et 7999 membres participants et honoraires.

S'il est constaté qu'au 1<sup>er</sup> juillet de l'année qui précède le renouvellement des délégués, les seuils susvisés ne sont plus atteints par une entreprise ou groupe relevant de ces sections, les membres participants et honoraires de ladite entreprise ou groupe seront désormais représentés, selon le cas, soit dans la section de vote professionnelle « E » soit dans les sections de vote régionales sur la base du critère géographique.

Par exception au principe de rattachement géographique et professionnel, sont rattachés à la section de vote « affinitaire » les membres participants et les membres honoraires affiliés liés par leur adhésion à un règlement mutualiste, ou un contrat d'assurance, de la gamme Harmonie Fonction Publique.

Une section de vote spécifique « Europe » représente les membres participants et honoraires relevant d'un contrat collectif souscrit par une personne morale dès lors que ces membres et la personne morale souscriptrice résident dans un Etat de l'Espace Économique Européen.

Le règlement type de la section de vote « Europe » est approuvé par le conseil d'administration.

## Chapitre II

### L'ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

#### Article 22 • Le rôle des délégués à l'assemblée générale

Les délégués représentent les membres participants et honoraires à l'assemblée générale de la Mutuelle.

Leur mandat de délégué leur permet, de fait, d'être membre de l'assemblée de territoire et de l'assemblée de région auxquelles ils sont rattachés.

Ils participent chaque année aux journées de formation organisées par la Mutuelle pour tous les délégués.

#### Article 23 • Conditions d'éligibilité et candidatures

Préalablement à l'élection de leurs délégués à l'assemblée générale de la Mutuelle, les membres participants et honoraires des sections de vote régionales et de la section « affinitaire » sont informés de la possibilité qui leur est offerte d'être candidats.

Les délégués ne peuvent être candidats qu'au sein de la section de vote à laquelle ils appartiennent et doivent, pour être éligibles, être à jour de leurs cotisations.

Sous ces réserves, les délégués sortants sont rééligibles.

Les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs rattachées à la section de vote « professionnelle » D et « Europe » sont informées par la Mutuelle de la possibilité de désigner les délégués représentant les membres honoraires et les délégués représentant les membres participants à l'assemblée générale.

#### • Élections générales (c'est-à-dire celles organisées à la fin du mandat des délégués)

L'appel à candidature, au sein de chaque section de vote régionale et affinitaire, est effectué, pour les élections générales, au plus tard au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédant l'élection, à l'initiative du conseil d'administration, par une information dans la revue de la Mutuelle (Essentiel Santé Magazine), par une annonce sur le site internet de la Mutuelle et par voie d'affichage dans les locaux accueillant le public de la Mutuelle situés sur les territoires composant lesdites sections de vote et/ou accueillant des adhérents de la section de vote « affinitaire ».

La date limite à laquelle les listes de candidats doivent être présentées, est précisée dans les annonces prévues à l'alinéa précédent.

Les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs rattachées à la section de vote « professionnelle » et « Europe » sont informées, par tous moyens, par la Mutuelle de la date limite pour procéder à la désignation des délégués représentant les membres honoraires et les délégués représentant les membres participants à l'assemblée générale.

#### • Élections partielles (c'est-à-dire celles faisant suite à une augmentation du nombre de membres ou lorsqu'un siège est devenu vacant)

L'appel à candidature, au sein de chaque section de vote régionale et affinitaire, est effectué, pour les élections partielles, au plus tard 15 jours avant la date effective de l'élection. Cet appel à candidature est effectué par une information dans la revue de la Mutuelle (Essentiel Santé Magazine), par une annonce sur le site internet de la Mutuelle et par voie d'affichage dans les locaux accueillant le public de la Mutuelle situés

sur les territoires composant lesdites sections de vote et/ou accueillant des adhérents de la section de vote « affinitaire ». La date limite pour présenter sa candidature doit être précisée dans les annonces prévues à l'alinéa précédent.

Les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs rattachées à la section de vote « professionnelle » et « Europe » sont informées, par tous moyens, par la Mutuelle de la date limite pour procéder à la désignation des délégués représentant les membres honoraires et les délégués représentant les membres participants à l'assemblée générale.

### Article 24 • Organisation des élections dans les sections de vote

#### • Modalités d'élection

Un protocole électoral est établi pour chaque élection de délégués par le conseil d'administration. Il est mis à disposition des membres participants et honoraires de la Mutuelle au sein de chaque section de vote.

#### • Détermination du nombre de sièges par section de vote

Le nombre de postes de délégués à pourvoir est établi par la commission électorale désignée par le conseil d'administration selon le protocole électoral établi. Il est déterminé par section de vote, à raison d'un poste de délégué par tranche entière de 8 000 membres participants et honoraires.

#### • Élections générales

Conformément aux stipulations de l'article 18 des statuts de la Mutuelle, les délégués à l'assemblée générale sont élus, tous les six ans, par les sections de vote, par correspondance, y compris par voie électronique, au scrutin de listes bloquées majoritaires à un tour sans panachage et sans vote préférentiel, sans condition de quorum et à la majorité relative des suffrages exprimés.

La liste qui a obtenu le plus grand nombre de voix obtient l'ensemble des sièges de délégués à pourvoir par la section.

Les conditions de validité des listes de candidats aux fonctions de délégués issus des territoires de la région et de la section de vote « professionnelle » E et « affinitaire » sont vérifiées par la commission électorale.

Les élections générales sont organisées le premier trimestre de l'année au cours de laquelle expire le mandat des délégués.

Elles ont lieu simultanément au sein de chaque section de vote.

#### • Élections partielles dans les sections de vote régionales/section de vote « professionnelle E »

À la troisième année de mandat des délégués et en cas de vacance d'un siège de délégué, pour quelque motif que ce soit, ou en cas d'augmentation des effectifs d'une section de vote en cas de franchissement d'une tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires au moins dans la section de vote, les sections de vote régionales concernées et la section de vote « professionnelle » E se réunissent en assemblées de section de vote pour l'élection du (ou des) délégué(s) au(x) siège(s) vacant(s) ou au(x) siège(s) nouveau(x) à pourvoir.

En cas d'augmentation des effectifs d'une section de vote régionale ou de la section de vote « professionnelle » E, le nombre de sièges supplémentaires de délégués à pourvoir est établi selon la règle définie par l'article 18 des statuts de la Mutuelle, c'est-à-dire à raison d'un délégué nouveau par tranche entière supplémentaire de 8 000 membres participants et honoraires.

L'augmentation des effectifs est elle-même constatée au 1<sup>er</sup> juillet de l'année qui précède celle à laquelle doivent se tenir, le cas échéant, des élections partielles.

Lorsqu'elle est requise, l'élection partielle a lieu à bulletin secret et sans condition de quorum, au scrutin uninominal à un tour et à la majorité relative des suffrages exprimés.

Les assemblées de section de vote régionales et de la section de vote « professionnelle » E sont réunies avant le 15 mai de l'année d'élection.

Elles sont convoquées par le président de la Mutuelle, en vue de procéder à l'élection partielle des délégués.

La date de réunion des assemblées de section de vote est fixée par le conseil d'administration de la Mutuelle.

La convocation est faite 15 jours au moins avant la date de la réunion, par la parution à cet effet d'une information dans la revue de la Mutuelle (Essentiel Santé Magazine), par une annonce sur le site internet de la Mutuelle et par voie d'affichage dans les locaux accueillant le public de la Mutuelle situés sur les territoires composant lesdites sections de vote.

Les assemblées de section de vote sont présidées chacune par le président de la région sauf désignation expresse, par le conseil d'administration, par un administrateur de la Mutuelle, désigné à cet effet. Le président de séance veille au bon déroulement de l'assemblée qu'il préside.

Chaque réunion des assemblées de section de vote donne lieu à la rédaction d'un procès-verbal signé par le président de séance.

#### • Élections partielles dans la section de vote « affinitaire »

À la troisième année de mandat des délégués et en cas de vacance d'un siège de délégué, pour quelque motif que ce soit, ou en cas de franchissement d'une tranche entière de 8 000 membres participants ou honoraires au moins dans la section de vote, il est procédé à l'élection du (ou des) délégué(s) au(x) siège(s) vacant(s) ou au(x) siège(s) nouveau(x) à pourvoir, par correspondance, y compris par voie électronique avant le 15 mai de l'année de l'élection. La date est fixée par le conseil d'administration.

L'augmentation des effectifs est constatée au 1<sup>er</sup> juillet de l'année qui précède celle à laquelle doivent se tenir, le cas échéant, des élections partielles.

Lorsqu'elle est requise, l'élection partielle a lieu à bulletin secret et sans condition de quorum, au scrutin uninominal à un tour et à la majorité relative des suffrages exprimés.

## Chapitre III

### LE DÉROULEMENT DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

#### Article 25 • Organisation de l'assemblée générale

Lors de chaque assemblée générale est constitué un bureau de séance comprenant le président de la Mutuelle ou, en cas d'empêchement de celui-ci, un administrateur désigné par le conseil d'administration, ainsi qu'un secrétaire de séance désigné à main levée par ladite assemblée au début de chaque réunion.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale, lequel est signé par le président et par le secrétaire de séance.

Ce procès-verbal est soumis à l'approbation de l'assemblée générale suivante.

Titre V

## LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

## Chapitre I

### L'ÉLECTION DES ADMINISTRATEURS

#### Article 26 • Conditions de présentation des candidatures

Le conseil d'administration décide de solliciter les candidatures aux fonctions d'administrateur, auprès des membres participants et honoraires de la Mutuelle, un mois au moins avant les élections par une annonce dans la revue de la Mutuelle (Essentiel Santé Magazine) ou tout autre moyen de communication.

La date limite de dépôt des candidatures sera précisée dans le cadre des moyens de communication utilisés.

Les déclarations de candidature aux fonctions d'administrateur devront être adressées au siège social de la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception, par télécopie ou par mail (sous réserve de réception d'un accusé de réception), un mois au moins avant la date de l'assemblée générale, ou être déposées contre récépissé, dans le même délai, au siège de la Mutuelle.

## Chapitre II

### LES RÉUNIONS DU CONSEIL

#### Article 27 • Conseil consécutif au renouvellement total du conseil d'administration

Après chaque renouvellement du conseil d'administration, celui-ci se réunit à l'issue de l'assemblée générale qui a procédé à l'élection des nouveaux administrateurs pour élire le président et les membres du comité exécutif.

#### Article 28 • Procès-verbal

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion du conseil d'administration qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

## Chapitre III

### L'ÉLECTION DU PRÉSIDENT DE LA MUTUELLE

#### Article 29 • Déclarations de candidatures

Les déclarations de candidatures aux fonctions de président doivent être présentées huit jours au moins avant le conseil d'administration qui procède à son élection.

Les déclarations, accompagnées d'un curriculum vitae, sont faites au siège de la Mutuelle, auprès du secrétariat du président :

- soit par lettre recommandée avec accusé de réception ;
- soit par lettre adressée par télécopie (sous réserve de réception d'un accusé de réception) ;
- soit par e-mail (sous réserve de réception d'un accusé de réception) ;
- soit par dépôt contre récépissé.

En cas de litige, il appartient au membre qui prétend s'être porté candidat selon la procédure susvisée de le prouver en produisant l'accusé de réception ou le récépissé de dépôt de sa déclaration de candidature. L'accusé de réception d'une télécopie ou d'un mail devra nécessairement être une réponse expresse du secrétariat du président, adressée par courrier, par télécopie ou par mail.

#### Article 30 • Élection

Le conseil d'administration se réunit, pour élire son nouveau président, suite à l'assemblée générale qui a procédé à son renouvellement.

#### Article 31 • Fonctionnement

Les administrateurs peuvent participer à une réunion de conseil d'administration en recourant aux moyens de visioconférence ou de télécommunication, y compris lorsque ledit conseil procède aux opérations mentionnées à l'article L.114-17 alinéa 3 du Code de la Mutualité.

Le recours aux moyens de visioconférence ou de télécommunication peut être envisagé dès lors que ces moyens permettent l'identification des membres et garantissent leur participation effective. Lesdits moyens doivent transmettre au moins le son de la voix des participants et satisfaire à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

# Liste des territoires et des régions

Nom de la région	Nom du territoire	Code dpt	Nom du département	Territoire	Région
Ile-de-France	Ile-de-France	75	Paris	1	1
		77	Seine-et-Marne		
		78	Yvelines		
		91	Essonne		
		92	Hauts-de-Seine		
		93	Seine-Saint-Denis		
		94	Val-de-Marne		
		95	Val-d'Oise		
		900	DOM-TOM - Étranger		
	Guadeloupe	971		1	
Martinique	972		1		
Guyane	973		1		
Océan indien (la Réunion - Mayotte)	974 976		1		
Hauts de France	Nord-Pas-de-Calais	59	Nord	1	1
		62	Pas-de-Calais		
	Picardie	02	Aisne	1	
		60	Oise		
		80	Somme		
Grand-Est	Ardennes	08	Ardennes	1	1
	Aube	10	Aube	1	
	Marne	51	Marne	1	
	Haute-Marne	52	Haute-Marne	1	
	Meurthe-et-Moselle	54	Meurthe-et-Moselle	1	
	Meuse	55	Meuse	1	
	Moselle	57	Moselle	1	
	Vosges	88	Vosges	1	
	Alsace	67	Bas-Rhin	1	
68		Haut-Rhin			
Centre Val-de-Loire	Berry	18	Cher	1	1
		28	Eure-et-Loir	1	
	Val-de-Loire	45	Loiret	1	
		36	Indre	1	
	Touraine	37	Indre-et-Loire	1	
41	Loir-et-Cher	1			
Bourgogne-Franche-Comté	Côte-d'Or/Yonne	21	Côte-d'Or	1	1
		89	Yonne		
	Nièvre	58	Nièvre	1	
	Saône-et-Loire	71	Saône-et-Loire	1	
	Franche-Comté	25	Doubs	1	
		39	Jura		
70		Haute-Saône			
90	Territoire de Belfort	1			
Normandie	Eure	27	Eure	1	1
	Seine-Maritime	76	Seine-Maritime	1	
	Calvados	14	Calvados	1	
	Manche	50	Manche	1	
	Orne	61	Orne	1	
Bretagne	Côtes-d'Armor	22	Côtes-d'Armor	1	1
	Finistère	29	Finistère	1	
	Ille-et-Vilaine	35	Ille-et-Vilaine	1	
	Morbihan	56	Morbihan	1	
Sud-Ouest	Aquitaine	24	Dordogne	1	1
		33	Gironde		
		47	Lot-et-Garonne		
		40	Landes		
		64	Pyrénées-Atlantiques		
	Ariège-Pyrénées	09	Ariège	1	
	Tarn-Aveyron	12	Aveyron	1	
		81	Tarn		
	Haute-Garonne	31	Haute-Garonne	1	
	Armagnac-Bigorre	32	Gers	1	
		65	Hautes-Pyrénées		
	Tarn-et-Garonne-Lot	46	Lot	1	
		82	Tarn-et-Garonne		
	Limousin	19	Corrèze	1	
		23	Creuse		
87		Haute-Vienne			
Cévennes	30	Gard	1		
	48	Lozère			
Languedoc-Roussillon	11	Aude	1		
	34	Hérault			
	66	Pyrénées-Orientales			
Méditerranée	Alpes-Côte-d'Azur-Corse	04	Alpes-de-Haute-Provence	1	1
		05	Hautes-Alpes		
		06	Alpes-Maritimes		
		20	Corse		
	Provence	13	Bouches-du-Rhône	1	
		83	Var		
		84	Vaucluse		
Atlantique	Loire-Atlantique	44	Loire-Atlantique	1	1
	Maine-et-Loire	49	Maine-et-Loire	1	
		53	Mayenne	1	
	Sarthe	72	Sarthe	1	
	Vendée	85	Vendée	1	
	Poitou-Charentes	16	Charentes	1	
		17	Charente-Maritime		
		79	Deux-Sèvres		
86		Vienne			
Auvergne-Rhône-Alpes	Val-de-Rhône	01	Ain	1	1
		07	Ardèche		
		26	Drôme		
		38	Isère		
		69	Rhône		
	Loire	42	Loire	1	
	Pays-de-Savoie	73	Savoie	1	
		74	Haute-Savoie		
	Auvergne	03	Allier	1	
		15	Cantal		
43		Haute-Loire			
63	Puy-de-Dôme	1			
<b>Total</b>				<b>54</b>	<b>11</b>

# Notice d'information Île de France Mutuelle Santé

## Sommaire

Chapitre I	<b>Dispositions générales</b>	20	Article 12 • <b>Paiement des cotisations</b>	24	
	Article 1 • <b>Objet de la présente notice</b>	20	12.1 Règlement de la cotisation		
	Article 2 • <b>Risques couverts</b>	20	12.2 Incident de paiement		
	Article 3 • <b>Adhésion au contrat collectif et à la Mutuelle</b>	20	12.3 Non-paiement de la cotisation		
	3.1 Modalités d'adhésion		Chapitre V	<b>Dispositions diverses</b>	24
	3.2 Bénéficiaires des garanties		Article 13 • <b>Couverture des accidents</b>	24	
	3.3 garanties des enfants ayants droit de l'adhérent		13.1 Recours subrogatoire		
	3.4 Prise d'effet de l'adhésion		13.2 Déclaration d'accident		
	3.5 Durée de l'adhésion		Article 14 • <b>Prescription</b>	24	
	3.6 Renonciation		Article 15 • <b>Réclamations</b>	25	
	Article 4 • <b>Événements survenant en cours d'adhésion</b>	21	Article 16 • <b>Protection des données à caractère personnel</b>	25	
	4.1 Nouveaux bénéficiaires		Article 17 • <b>Échanges de données informatisées</b>	25	
	4.2 Autres modifications		Article 18 • <b>Autorité de contrôle</b>	25	
	4.3 Évolution des garanties		Annexe	<b>Communication des ratios de frais de gestion et P/C</b>	26
	Article 5 • <b>Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité</b>	21			
	5.1 À l'initiative de l'adhérent				
	5.2 À l'initiative de la Mutuelle				
	5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion				
	Article 6 • <b>Maintien de couverture</b>	22			
Chapitre II	<b>Garanties frais de santé</b>	22			
	Article 7 • <b>Cadre général</b>	22			
	7.1 Contrats solidaires et responsables				
	7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties				
	7.3 Base de remboursement				
	7.4 Pluralité de garanties frais de santé				
	7.5 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés				
	7.6 Non-prise en charge de certaines prestations				
	Article 8 • <b>Versement des prestations</b>	23			
	8.1 Règlement des prestations				
	8.2 Contrôle				
	8.3 Restitution des prestations indues				
Chapitre III	<b>Garanties autres que santé</b>	23			
	Article 9 • <b>Garanties assistance</b>	23			
Chapitre IV	<b>Cotisations</b>	24			
	Article 10 • <b>Détermination et mode de calcul</b>	24			
	10.1 Exonération de paiement de cotisations				
	Article 11 • <b>Évolution des cotisations</b>	24			

## Chapitre I

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### Article 1 • Objet de la présente notice

La présente notice d'information régit les dispositions du contrat collectif de santé à adhésion facultative « Île de France Mutuelle Santé » N° HM-202302-E0001 souscrit par l'Association des Mutualistes pour l'Épargne, la Prévoyance et la Santé, association loi 1901 dont le siège social est sis : 23 Boulevard Jean Jaurès, 45000 Orléans (ci-après « l'AMEPS »), auprès d'Harmonie Mutuelle (ci-après dénommée la Mutuelle), au bénéfice de ses membres, répondant aux conditions d'adhésion ci-après énoncées.

La présente notice régie par le Code de la Mutualité a pour objet de définir le contenu des engagements résultant pour la Mutuelle et pour le membre participant (ci-après dénommé l'adhérent) de l'adhésion de celui-ci au contrat collectif.

Elle est également composée du descriptif des garanties prévues au profit de l'adhérent et le cas échéant de ses ayants droit, annexé à la présente notice.

#### Article 2 • Risques couverts

Les garanties frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et le cas échéant à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par la Sécurité sociale.

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient de garanties autres que des garanties santé, conformément aux dispositions du chapitre III de la présente notice.

#### Article 3 • Adhésion au contrat collectif et à la Mutuelle

##### 3.1 Modalités d'adhésion

Toute personne couverte par un régime d'Assurance maladie obligatoire français et résidant en Région Île de France peut adhérer au contrat ci-dessus référencé, en signant un bulletin d'adhésion. Cette personne est dénommée adhérent dans la présente notice d'information.

La Région Île de France s'entend des départements suivants : Paris (75), les Hauts-de-Seine (92), la Seine-Saint-Denis (93), le Val-de-Marne (94), la Seine-et-Marne (77), les Yvelines (78), l'Essonne (91) et le Val-d'Oise (95).

La résidence en Région Île de France sera déterminée via l'adresse de résidence mentionnée par l'adhérent sur le bulletin d'adhésion, laquelle devra être établie dans l'un des départements précités.

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion les personnes qu'il souhaite couvrir (appelées ci-après ayants droit). Il s'engage à y renseigner avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites.

La garantie est identique pour tous les ayants droit.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des statuts de la Mutuelle, du règlement intérieur de la Mutuelle et des droits et obligations définis par la présente notice ainsi que par le tableau des garanties du contrat (les tableaux de garanties figurent en annexe de la présente notice).

L'adhérent reçoit préalablement à la signature du bulletin d'adhésion, un exemplaire de l'ensemble de ces documents.

##### 3.2 Bénéficiaires des garanties

Sont assurées par les présentes garanties les personnes inscrites au bulletin d'adhésion :

- l'adhérent, membre de l'Association AMEPS et qui a adhéré au présent contrat ;
- les ayants droit de l'adhérent : sont ayants droit, les personnes désignées par l'adhérent sur le bulletin d'adhésion.

Peuvent être ayants droit :

- son conjoint, son concubin, son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ;
- ses enfants ou ceux de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, jusqu'au 31 décembre qui suit son 20<sup>ème</sup> anniversaire ou son 28<sup>ème</sup> anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
- ses enfants ou ceux de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.

##### 3.3 garanties des enfants ayants droit de l'adhérent

La garantie des enfants ayants droit de l'adhérent est la même que celle de l'adhérent et, est identique pour tous les enfants.

#### 3.4 Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion 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 (ressources ou l'origine des fonds 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>

#### 3.5 Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat collectif souscrit par l'Association AMEPS produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article 5.

#### 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 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 été conclue (c'est-à-dire du jour de la signature du bulletin d'adhésion) ou du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure.

L'adhérent doit adresser dans ce délai de 14 jours précité, à l'adresse du siège social de la Mutuelle (Harmonie Mutuelle 143 rue Blomet 75015 Paris), une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique 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 est tenue de rembourser à l'adhérent dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'il 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 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 signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat 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 conclusion de l'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (lettre à adresser à l'adresse du siège social de la Mutuelle - Harmonie Mutuelle 143 rue Blomet 75015 Paris).

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 d'adresse professionnelle et personnelle, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation, dans les modalités décrites à l'article 10.

##### 4.1 Nouveaux bénéficiaires

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

Bénéficiaires	Date d'effet de la modification
Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption.	Au jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au jour de réception de la demande.
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un Pacte Civil de Solidarité.	Au jour de la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au jour de réception de la demande.
Autres bénéficiaires.	Au jour de la demande.

##### 4.2 Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au jour de la réception de leur demande par la Mutuelle.

##### 4.3 Évolution des garanties

Les garanties peuvent être modifiées par avenant au contrat collectif, signé par la Mutuelle et l'Association AMEPS. Ces modifications ne pourront prendre effet avant un délai de 3 mois à compter de l'information faite à l'adhérent. Celui-ci a un mois pour dénoncer son adhésion à compter de cette notification et en raison de ces modifications.

La résiliation prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant réception de la demande de résiliation.

#### Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité

##### 5.1 À l'initiative de l'adhérent

###### 5.1.1 Résiliation en fin d'année ou radiation d'un des ayants droit

L'adhérent peut mettre fin à la garantie ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en notifiant à la Mutuelle sa demande de résiliation deux mois avant le 31 décembre 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 l'adhésion au présent contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- par tout autre moyen prévu par le contrat.

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

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

###### 5.1.2 Résiliation à titre exceptionnel

À titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants :

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent.	La résiliation prend effet au jour de la survenance de l'événement, sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue aux articles L.861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale dénommée Complémentaire santé solidaire à l'adhérent.	Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet à la réception de la demande.
Adhésion de l'adhérent à un contrat collectif obligatoire.	
Décès de l'adhérent.	La résiliation prend effet au jour du décès.
Modification des garanties par avenant signé de l'Association et de la Mutuelle.	La résiliation prend effet au 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande de résiliation.

La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

###### 5.1.3 Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un adhérent peut demander la radiation d'un ayant droit en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

Motif de la demande de radiation	Date d'effet de la radiation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit.	La radiation prend effet au jour de la survenance de l'événement, sous réserve que la demande de radiation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue aux articles L.861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale dénommée Complémentaire santé solidaire au Bénéficiaire.	Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au jour de réception de la demande.
Adhésion de l'ayant droit à un contrat collectif obligatoire.	
Décès de l'ayant droit.	La radiation prend effet au jour du décès.
Divorce ou séparation	La radiation prend effet au jour de réception de la demande.

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

###### 5.1.4 Résiliation infra-annuelle

L'adhérent peut mettre fin à la garantie 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 contrat, selon les conditions et modalités définies aux articles 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 l'adhésion au présent contrat par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- par tout autre moyen prévu par le contrat.

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.

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 prise d'effet de la résiliation. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

## 5.2 À l'initiative de la Mutuelle

### 5.2.1 En cas de non-paiement

La Mutuelle peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article 12.3.

### 5.2.2 Nullité, exclusion et fausse déclaration intentionnelle

**Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la Mutuelle sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci à l'adhésion ou au cours de l'adhésion, 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.**

**Tout adhérent ou tout ayant droit, bénéficiaire qui aura, par fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir des prestations indues se verra opposer la déchéance de ces droits sur la garantie. Par ailleurs, la Mutuelle pourra procéder à la résiliation de la garantie sur le fondement de cette fraude.**

**Peut être exclu dans les conditions définies à l'article « Exclusion » des statuts :**

- l'adhérent ou un de ses ayants droit qui aura, de mauvaise foi, fait des déclarations inexactes ou aura omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées par la Mutuelle, dans les conditions définies par les articles L.221-14, L.221-15 et L.223-18 du Code de la Mutualité,
- ainsi que tout adhérent ou tout ayant droit qui aura, par fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir des prestations indues.

### 5.2.3 Si les conditions exigées pour être adhérent ou ayant droit ne sont plus remplies

La Mutuelle peut résilier la garantie si l'adhérent ne remplit plus les conditions exigées pour être adhérent du contrat souscrit par l'Association c'est-à-dire :

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
S'il n'est plus membre de l'Association.	Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'adhérent a déclaré sa modification de situation ou de celle de son conjoint.

Elle peut aussi résilier la garantie d'un adhérent ou radier un ayant droit dans les conditions suivantes :

Motif de la demande de résiliation/radiation	Date d'effet de la résiliation/radiation
S'il n'est plus couvert par un régime d'Assurance maladie obligatoire français.	Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'adhérent a déclaré sa modification de situation ou de celle de son conjoint.

## 5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la Mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation ou de la radiation, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses Bénéficiaires, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à ne plus utiliser la ou les cartes d'adhérent qui lui ouvriraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion au contrat.

La cessation de l'adhésion au présent contrat entraîne la cessation également de la garantie d'assistance prévue au chapitre III.

## Article 6 • Maintien de couverture

Conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif par l'Association, la Mutuelle peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle moyennant le paiement de sa cotisation aux conditions indiquées à l'article 12.

## Chapitre II

## GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

### Article 7 • Cadre général

#### 7.1 Contrats solidaires et responsables

Ce contrat s'inscrit dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses Bénéficiaires ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable ;
- les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

#### 7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion ou de modification de l'adhésion bénéficient des garanties de la Mutuelle à la date d'effet de l'adhésion telle que définie à l'article 3.4 de la présente notice.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées à l'article 12.

#### 7.3 Base de remboursement

Le montant des prestations dépend du niveau des garanties dont bénéficie l'adhérent. Il est indiqué au tableau descriptif des garanties transmis à l'adhésion.

Le tableau de garanties figure en annexe de la notice d'information.

Les remboursements de l'Assurance maladie obligatoire et le total des remboursements de l'Assurance maladie obligatoire et de la Mutuelle sont indiqués à titre informatif. La Mutuelle ne peut en effet s'engager que sur sa participation.

Sauf autres dispositions indiquées au tableau descriptif des garanties, le remboursement de la Mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

**En cas de modification des actes figurant à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf avenant éventuellement signé entre l'Association et la Mutuelle, les montants des remboursements de la Mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.**

#### 7.4 Pluralité de garanties frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

#### 7.5 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation par l'assuré d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

#### 7.6 Non-prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la Mutuelle :

- les dépassements d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du bénéficiaire non liée à un motif médical ;

Le médecin peut appliquer ces dépassements d'honoraires exceptionnels par exemple si le malade demande un rendez-vous en dehors des

horaires d'ouverture du cabinet ou à domicile sans raison de santé, pour ne pas se déplacer.

- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les frais liés aux séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les établissements médico-sociaux y compris les maisons d'accueil spécialisées (MAS), dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées y compris les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ;
- la chambre particulière.

## Article 8 • Versement des prestations

### 8.1 Règlement des prestations

#### 8.1.1 Calcul des prestations

Les prestations figurant sur le descriptif de garantie remis à l'adhérent sont exprimées dans la majorité des cas soit en pourcentage de la base de remboursement définie par l'Assurance maladie obligatoire, soit en valeur forfaitaire en Euros.

La base de remboursement peut être :

- le tarif de convention, lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec la Sécurité sociale. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre la Sécurité sociale et les représentants de cette profession,
- le Tarif d'autorité (TA), lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec la Sécurité sociale. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,
- ou du Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Lorsqu'aux descriptifs des garanties les prestations sont exprimées en pourcentage, la Mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire et en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé. L'adhérent et les ayants droit conservent dans tous les cas, la liberté du choix de son professionnel de santé.

#### 8.1.2 Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations, lorsque leurs prises en charge sont indiquées aux descriptifs de la garantie sont :

- les dates de facturation pour les médicaments, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et les actes effectués par des auxiliaires médicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, les médecines complémentaires telles que définies dans les descriptifs de garantie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, les actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire et la psychologie ;
- les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales, l'hospitalisation ou la maternité ;
- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de naissance, sous réserve que l'inscription soit réalisée dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption ;
- la date des soins, transmise par la Sécurité sociale pour les traitements d'orthodontie acceptée par celle-ci.

#### 8.1.3 Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- des documents nécessaires à la Mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses Bénéficiaires (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restants à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

**Pour les prestations dentaires, l'adhérent ou l'ayant droit doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais dépensés.**

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la Mutuelle par l'intermédiaire

d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la Mutuelle sans avoir recours aux décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre organisme d'assurance maladie complémentaire » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la Mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

### 8.1.4 Information, délais et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en Euros.

Lorsque les prestations santé sont versées au bénéficiaire, elles sont versées dans un délai maximum de vingt 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. Ce délai est ramené à dix jours lorsque les prestations ont fait l'objet d'échanges informatisés entre la Mutuelle et la caisse d'Assurance maladie du bénéficiaire, dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes (échanges NOEMIE).

Les remboursements convenus aux présentes garanties sont adressés aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mis en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais.

Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée

### 8.2 Contrôle

Afin de se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du versement des prestations, de vérifier la réalité des dépenses engagées et la réalité des prestations elles-mêmes, la Mutuelle se réserve la possibilité de demander au bénéficiaire en plus des pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation des pièces complémentaires, y compris médicales.

Le service médical de la Mutuelle peut ainsi soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat. Ce contrôle s'exerce sur production par le bénéficiaire de pièces justificatives médicales aux professionnels de santé sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », à l'attention du service professionnel de santé choisi par la Mutuelle à l'adresse inscrite dans la demande de pièces et éventuellement par expertise médicale.

Ces pièces et contrôles peuvent être demandées ou effectués avant ou après le paiement des prestations, y compris après résiliation du contrat.

**En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les soins concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la Mutuelle.**

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 oppose 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.

### 8.3 Restitution des prestations indues

Dans l'hypothèse où des prestations ont été versées indûment à un bénéficiaire (par exemple, remboursement pour un soin dont la date de référence ne se situe pas pendant la période de couverture ou encore versement de la prestation en double au professionnel de santé dans le cadre d'un accord de tiers payant et au 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.

## Chapitre III

### GARANTIES AUTRES QUE SANTÉ

#### Article 9 • Garanties assistance

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient également de la garantie d'assistance de base Harmonie Santé Services (niveau 1 de l'axe « être accompagné »).

La garantie d'assistance de base a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la Mutuelle, sur décision de l'assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès de Ressources Mutuelles Assistance

(RMA, union d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, dont le siège social se situe : 46 rue du Moulin - CS 34427 - 44124 Vertou Cedex - numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28) au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé.

Si par ailleurs l'adhérent ou ses ayants droit ont décidé de souscrire, dans les limites de l'article 3.3, le niveau 2 de l'axe « être accompagné », il(s) bénéficie(nt) également de garanties d'assistance optionnelles, souscrites sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative par la Mutuelle auprès de RMA.

Une notice d'information spécifique à ces garanties est remise à l'adhérent. Ces garanties sont révisables ou résiliables annuellement par l'assureur. Ces modifications sont notifiées à chaque adhérent.

## Chapitre IV

### COTISATIONS

#### Article 10 • Détermination et mode de calcul

La cotisation est déterminée en fonction des garanties, du nombre des personnes protégées ainsi que de leur âge (âge calculé par différence de millésime entre l'année de cotisation et l'année de naissance - 1).

La cotisation varie avec l'âge des personnes protégées au 1er janvier de chaque année.

Toute modification d'un autre de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation.

#### 10.1 Exonération de paiement de cotisations

Une gratuité de cotisations est appliquée à compter du 3ème enfant inscrit par l'adhérent.

#### Article 11 • Évolution des cotisations

Pour chacune des garanties santé indiquée aux conditions particulières du contrat souscrit par l'Association AMEPS auprès de la Mutuelle, la cotisation est ajustée chaque année à effet du 1er janvier par avenant signé entre la Mutuelle et l'Association, en fonction des résultats constatés par la Mutuelle, de l'évolution prévisible des dépenses de soins de santé au plan national et des modifications d'ordre législatif ou conventionnel.

À titre exceptionnel, en cas de modifications d'ordre conventionnel, réglementaire ou législatif modifiant la portée des engagements de la Mutuelle, la cotisation peut être modifiée en cours d'année, au plus tôt, à compter de la date d'effet de ces nouvelles dispositions, après avenant signé par l'Association et la Mutuelle.

#### Article 12 • Paiement des cotisations

##### 12.1 Règlement de la cotisation

La cotisation est due par l'adhérent, conformément à ce qui est indiqué au bulletin d'adhésion, pour lui-même et pour l'ensemble de ses ayants droit désignés au bulletin d'adhésion. La cotisation est due pour l'année civile 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.

##### 12.2 Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées ;
- et d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet du paiement notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

##### 12.3 Non-paiement de la cotisation

À défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la Mutuelle à l'adhérent ou, le cas échéant, au payeur de la cotisation, d'une mise en demeure de payer la cotisation.

Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent ou, le cas échéant, le payeur de la cotisation, n'a pas réglé la cotisation quarante 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 la cotisation arriérée, 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 de poursuivre 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 la demande d'adhésion parvient à la Mutuelle dans les six 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, deux ans après la date de la résiliation, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

## Chapitre V

### DISPOSITIONS DIVERSES

#### Article 13 • Couverture des accidents

La Mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues à la présente notice.

Si l'adhérent est partiellement ou totalement garanti par une assurance individuelle accident la Mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par cette assurance, dans la limite des descriptifs de la garantie choisie et dans le respect des obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

##### 13.1 Recours subrogatoire

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses Bénéficiaires, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

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 qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

##### 13.2 Déclaration d'accident

**L'adhérent ou son mandataire doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à la Mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la Mutuelle. À défaut d'information par l'adhérent, la Mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n° 85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident pour obtenir le remboursement des prestations versées suite à cet accident.**

#### Article 14 • Prescription

**Toute action dérivant de l'adhésion au contrat collectif d'assurance frais de santé 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 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 15 • Réclamations

Pour toute réclamation liée à l'application du 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 l'adresse de contact figurant sur sa carte mutualiste.

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, l'adhérent peut saisir le 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.

## Article 16 • 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 droits, 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, d'effacement 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 d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle.

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](http://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](mailto: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 demandée.

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 Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

## Article 17 • Échanges de données informatisées

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la Mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

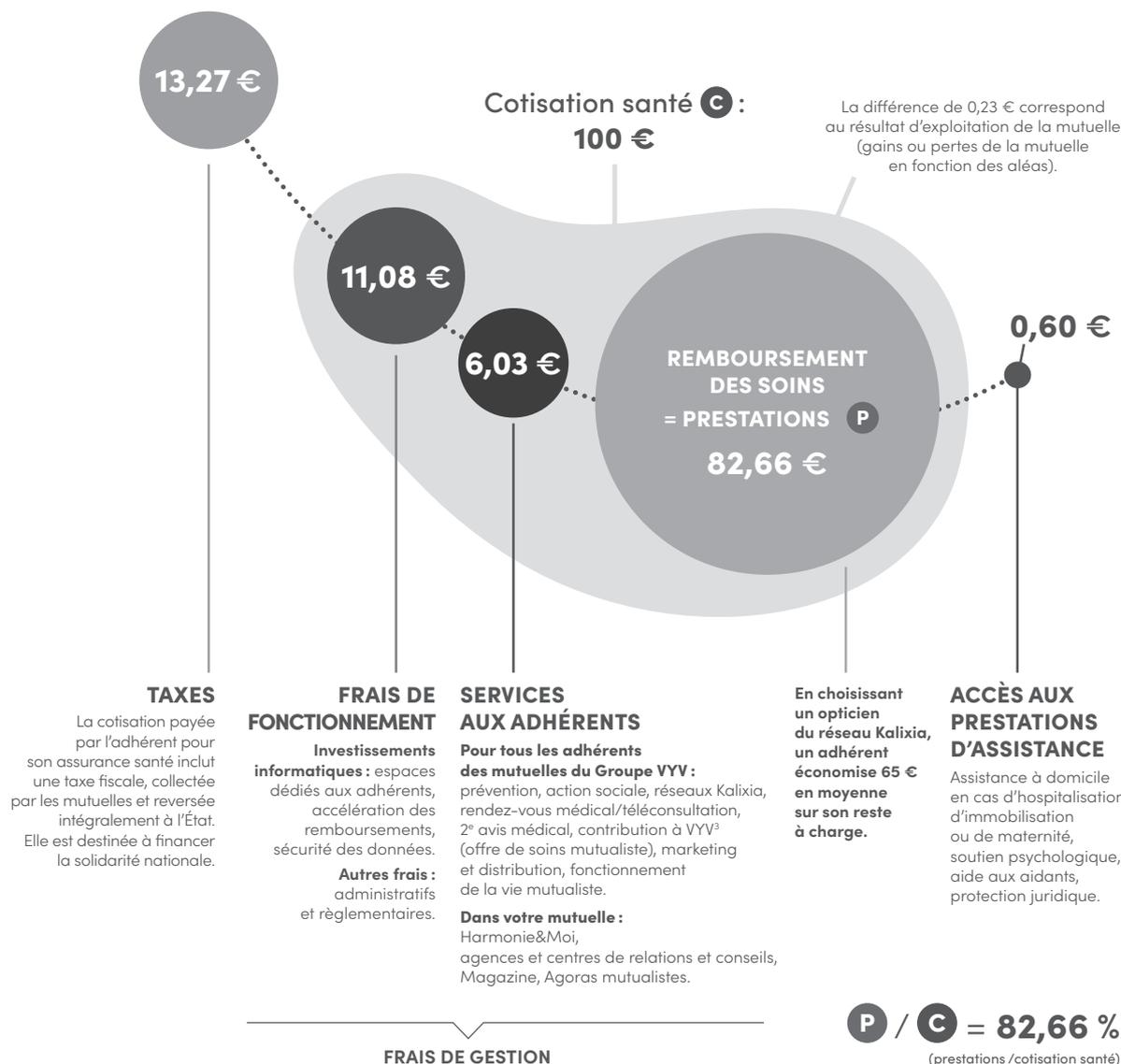
Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la Mutuelle.

## Article 18 • Autorité de contrôle

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

# À QUOI SERT MA COTISATION SANTÉ ?

Redistribution des 100 € perçus par votre mutuelle en 2023  
pour une cotisation versée de 113,87 € TTC



En application de nos obligations légales et réglementaires, veuillez trouver ci-après, pour Harmonie Mutuelle pour l'année 2023 :

► Le ratio entre les frais de gestion et le montant des cotisations C hors taxes :

**FRAIS DE GESTION = 17,11 % de la cotisation santé C**

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

► Le ratio entre le montant des prestations P et le montant des cotisations C hors taxes :

**P / C = 82,66 %**  
(prestations / cotisation santé)

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.



**Harmonie mutuelle**  
GROUPE **vyv**

### Sommaire

<b>TABLEAUX DE GARANTIES</b>	28	<b>Titre VI PRESTATIONS D'ASSISTANCE À L'ÉTRANGER</b>	36
<b>Titre I DOMAINE D'APPLICATION</b>	30	Article 26 • Cadre d'application spécifique de l'assistance à l'étranger	36
Article 1 • Bénéficiaires	30	Article 27 • Prestations d'assistance à l'étranger	37
Article 2 • Prise d'effet et durée des garanties	30	<b>Titre VII CADRE JURIDIQUE</b>	39
Article 3 • Couverture géographique	30	Article 28 • Assureur des prestations d'assistance	39
Article 4 • Faits générateurs	30	Article 29 • Conditions restrictives d'application des garanties	39
Article 5 • Modalités de mise en œuvre	30	Article 30 • Exclusions	39
Article 6 • Intervention	30	Article 31 • Nullité de la prestation	40
Article 7 • Application des prestations	30	Article 32 • Recours	40
Article 8 • Définitions	30	Article 33 • Subrogation	40
<b>Titre II ÉCOUTE, CONSEIL ET ORIENTATION</b>	32	Article 34 • Prescription	40
Article 9 • Écoute, conseil et orientation	32	Article 35 • Protection des données personnelles	40
Article 10 • Information juridique	32	Article 36 • Réclamations et médiation	41
Article 11 • Conseils et informations médicales	32	Article 37 • Autorité de contrôle	41
Article 12 • Accompagnement spécifique à la parentalité	32		
Article 13 • Accompagnement spécifique en cas de décès	32		
<b>Titre III ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL</b>	33		
Article 14 • Un service d'appels de convivialité	33		
Article 15 • Un service de conseil social	33		
Article 16 • Un service de soutien psychologique	33		
<b>Titre IV PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ, D'IMMOBILISATION, DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX</b>	33		
Article 17 • Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile	33		
Article 18 • Prestations en cas d'hospitalisation dès l'ambulatorio, en cas de maternité ou en cas d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours	33		
Article 19 • Prestation en cas de traitement anticancéreux de chimiothérapie ou radiothérapie du Bénéficiaire	34		
Article 20 • Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant Bénéficiaire	34		
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	34		
Article 22 • Prestation en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile en France ou dans les DROM	35		
<b>Titre V PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX BÉNÉFICIAIRES EN SITUATION DE HANDICAP</b>	35		
Article 23 • Lors de la survenue du handicap	35		
Article 24 • Dans le quotidien	35		
Article 25 • Dans les situations de crise	36		

## 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		
<b>DÈS LA SOUSCRIPTION</b>				
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
<b>ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL</b>				
Appels de convivialité				Illimités
Conseil social				Illimité
Soutien psychologique				Illimité
<b>EN CAS D'HOSPITALISATION, D'IMMOBILISATION ET DE MATERNITÉ</b>				
	Hospitalisation dès l'ambulatoire	Hospitalisation ou immobilisation +14J de l'enfant	Immobilisation imprévue +5J ou prévue +10J	Maternité +4J, Césarienne, multiples
Appels de convivialité	8 heures		8 heures	8 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	Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures		40 heures	40 heures
Garde des personnes dépendantes à charge	40 heures		40 heures	40 heures
Garde des animaux de compagnie	30 jours		30 jours	30 jours
Téléassistance	3 mois		3 mois	3 mois
Présence d'un proche au chevet	500 Euros TTC		500 Euros TTC	500 Euros TTC
École à domicile		10 heures/semaine		
<b>EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE À PLUS DE 50 KM DU DOMICILE</b>				
	Hospitalisation imprévue (maladie, accident ou blessure) lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile		Hospitalisation imprévue + 5J (maladie, accident ou blessure) lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile	
Conseil médical	Illimité			
Transfert médical	Coûts réels du reste à charge après remboursement du régime obligatoire et organismes complémentaires			
Retour des accompagnants	500 Euros TTC			
Déplacement et hébergement d'un proche			Déplacement : 500 Euros TTC Hébergement : 5 nuits à 125 Euros TTC/nuît	
<b>EN CAS DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX</b>				
Aide à domicile	Pendant toute la durée du traitement			

**PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX BÉNÉFICIAIRES EN SITUATION DE HANDICAP**

	À TOUT MOMENT			
Soutien psychologique				Illimité
Accompagnement social				Illimité
Conseil médical				Illimité
	Survenue du handicap	Dans le quotidien	Hospitalisation + 24H ou maternité	Hospitalisation + 24H ou immobilisation + 2J de l'aidant
Aide à domicile	30 heures	30 heures	30 heures	30 heures
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)	500 Euros TTC	500 Euros TTC	500 Euros TTC	500 Euros TTC
Soutien au bénéficiaire, au couple ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale et animale...)	5 séances	5 séances	5 séances	5 séances
Réseau d'entraide	1 inscription annuelle	1 inscription annuelle		
Auxiliaire de vie			20 heures	20 heures
Garde des enfants	80 heures	80 heures	80 heures	80 heures
Auxiliaire de puériculture ou TISF	10 heures	10 heures	10 heures	10 heures
Matériels paramédicales ou médicales		500 Euros TTC		
Activité de loisirs ou vacances adaptées		500 Euros TTC		
Accompagnateur ou auxiliaire intégration sociale		10 heures		
Transport pour examen médical		500 Euros TTC		
Garde de l'animal d'assistance			500 Euros TTC	

**ASSISTANCE À L'ÉTRANGER**

	À TOUT MOMENT	
Information et prévention médicale	Illimitée	
	MALADIE, BLESSURE, ACCIDENT OU HOSPITALISATION IMPRÉVUS À L'ÉTRANGER	AUTRES PRESTATIONS À L'ÉTRANGER
Service d'accompagnement et d'écoute	Illimité	
Mise à disposition d'un médecin sur place	Illimitée	
Conseil médical	Illimité	
Transfert/rapatriement sanitaire	Coûts réels du reste à charge après remboursement du régime obligatoire et organismes complémentaires	
Frais de secours sur piste	500 Euros TTC	
Frais de prolongation de séjour	10 nuits à 125 Euros TTC/nuit	
Présence proche au chevet	10 nuits à 125 Euros TTC/nuit	
Retour des bénéficiaires et des animaux de compagnie	500 Euros TTC	
Venue d'un proche pour récupération des enfants	500 Euros TTC	
Avance des frais médicaux (hospitalisation)	80 000 Euros TTC	
Prise en charge du reste à charge des frais médicaux	80 000 Euros TTC	
Avance des frais médicaux (dentaire)	160 Euros TTC	
Remboursement des frais téléphoniques	100 Euros TTC	
Avance de caution pénale		15 000 Euros TTC
Avance des frais de justice		1 525 Euros TTC
Avance de fonds première nécessité		500 Euros TTC

## 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 :

- ⚡ toute personne domiciliée en France ou dans les DROM ayant adhéré à la Mutuelle Harmonie Mutuelle et à un règlement mutualiste santé ou à un contrat collectif santé et auxquels a été remis un descriptif de garanties faisant mention de la garantie assistance, dénommée « L'Adhérent » ;
- ⚡ ses ayants droit.

## Article 2 • Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties d'assistance prennent effet à la même date de souscription que les garanties « Frais de Santé » d'Harmonie Mutuelle du Bénéficiaire.

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

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

## 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, pour la prestation "Transfert médical"),
- ⚡ dans le monde entier pour l'assistance à l'étranger.

\* 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,
- ⚡ une maternité,
- ⚡ une immobilisation,
- ⚡ un traitement anticancéreux,
- ⚡ une maladie, un accident ou une blessure,
- ⚡ une situation de handicap.

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

Sans oublier :

**Pour contacter l'Assisteur**

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

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

APPEL NON SURTAKE

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](mailto:international@rmassistance.fr)

pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci  
de les adresser à : [medecinconseil@rmassistance.fr](mailto:medecinconseil@rmassistance.fr)

- ⚡ 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 conseil, le transfert médical et l'assistance à l'étranger, 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.

**Adhèrent** : personne physique ayant adhéré à titre individuel ou collectif à la mutuelle.

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

**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'Adhèrent. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhèrent, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement de l'Adhèrent et vivant sous le même toit.

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

Cet attentat devra être recensé par l'État français.

**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'Adhèrent, sont ceux inscrits comme tels par cet Adhèrent au titre de sa garantie complémentaire santé.

**Bénéficiaire** : la personne ayant adhéré à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif à une garantie santé de la Mutuelle et ses ayants droit. 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 thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

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

**Consolidation** : stabilisation durable de l'état de santé du Bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée. Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhèrent, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition de l'Adhèrent portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

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

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

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

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

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,
- ⚡ une maternité,
- ⚡ une immobilisation,
- ⚡ un traitement anticancéreux,
- ⚡ une maladie, un accident ou une blessure,
- ⚡ une situation de handicap.

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

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

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

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

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

**Hospitalisation** : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public 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.

**Hospitalisation en ambulatoire** : toute hospitalisation avec une chirurgie réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

**Immobilisation** : désigne toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle le Bénéficiaire ne peut disposer d'aucun soutien de proximité. 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.

**Maladie soudaine à l'étranger** : désigne une pathologie inattendue et non récurrente qui nécessite un traitement d'urgence pour prévenir ou atténuer le danger présent sur la vie ou la santé. Une situation d'urgence n'existe plus lorsque les données médicales indiquent que le Bénéficiaire est capable de rentrer dans son pays de résidence habituelle pour obtenir et/ou continuer son traitement.

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

**Membre 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.

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

**Proche** : les ascendants et descendants au 1er degré, le conjoint, 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'Assisteuse 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'Assisteuse 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'Assisteuse 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 (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/allocations/retraites,
- fiscalité,
- famille.

• **Pratique :**

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

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

### 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'Assisteuse 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'Assisteuse 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'Assisteuse, 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'Assisteuse communiquera le contenu de cet enregistrement.

#### B. Organisation des obsèques

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux Bénéficiaires, l'Assisteuse propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'Assisteuse 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'Assisteuse 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 EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ, D'IMMOBILISATION, DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX

#### Article 17 • Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile

##### Acheminement des médicaments ou accompagnement aux courses

Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du Bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. **Les médicaments et les courses restent à la charge du Bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 50 kilomètres du domicile du Bénéficiaire. Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.**

#### Article 18 • Prestations en cas d'hospitalisation dès l'ambulatoire, en cas de maternité ou en cas d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours

**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 ou pendant l'immobilisation à tous les Bénéficiaires, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.**

##### A. Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence de 8 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 ou la maternité ou pendant l'immobilisation.** Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, 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 ou la maternité ou pendant l'immobilisation ;**
- ⊛ soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- ⊛ soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

##### E. Garde des animaux de compagnie

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et

leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé à concurrence d'une enveloppe budgétaire 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. 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. Présence d'un proche au chevet

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

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

L'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, 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

#### A. Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins de 16 ans

Afin de permettre au Bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, l'Assisteur propose au Bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile pour une période de 5 jours ouvrables maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour ou si le Bénéficiaire le souhaite, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Cette prestation ne s'appliquera qu'au-delà des jours de congés de garde d'enfants malades accordés par la convention collective du Bénéficiaire salarié.

#### Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par mail à [medecinconseil@rmasistance.fr](mailto:medecinconseil@rmasistance.fr) ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'Assistance Harmonie Santé Services - à l'attention du médecin-conseil 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé. Le Bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'Assisteur les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. Le Bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil de l'Assisteur par téléphone (autant que nécessaire).

#### B. École à domicile

La prestation « École à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, à compter du 14<sup>e</sup> 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<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le Bénéficiaire au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge. Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

#### Justificatifs

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

#### Délai de mise en place

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

### 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

#### A. Conseil médical en cas de maladie ou d'accident ou de blessure

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un Bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le Bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

#### B. Transfert médical

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- le transfert du Bénéficiaire vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- en cas d'accident ayant nécessité un passage aux urgences ou une hospitalisation entraînant une immobilisation, l'organisation et la prise en charge du retour au domicile du Bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur et si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé.

Selon l'état du Bénéficiaire, les transferts sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi,
- en utilisant le véhicule du Bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par l'Assisteur,
- en train,
- en avion de ligne régulière,
- en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

L'Assisteur se charge :

- de l'organisation du transfert,
- de la réservation d'un lit auprès de l'établissement de soins choisi,
- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du Bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert éventuel,
- de l'accueil à l'arrivée.

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restant à charge du Bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité sociale. Les transferts médicaux d'un établissement hospitalier vers un autre établissement de soins, pour raisons de confort ou rapprochement familial, sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur. Ainsi, l'Assisteur ne peut en aucun cas se

substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du Bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

**Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :**

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et la famille du Bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

**IMPORTANT : tout refus par le Bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne la nullité du bénéfice de la prestation.**

#### C. Retour des accompagnants

Lorsqu'un Bénéficiaire est transporté dans le cas d'un accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation, entraînant une immobilisation, l'Assisteur organise et prend en charge le transport des proches se déplaçant avec lui jusqu'au domicile de celui-ci si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé par ces proches.

### Article 22 • Prestation en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours 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 5 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 AUX BÉNÉFICIAIRES EN SITUATION DE HANDICAP

Lorsque le Bénéficiaire est en situation de handicap, l'Assisteur propose la mise en relation avec son département d'accompagnement psycho-social pour l'accompagner et le conseiller.

L'équipe est composée de psychologues et de travailleurs sociaux (Assistants de service social et Conseillers en Economie Sociale et Familiale).

Chaque accompagnement est assuré dans la durée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels. Les prestations d'assistance sont délivrées suite à une évaluation d'un membre du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur.

À tout moment, l'Assisteur propose la mise en relation avec un médecin qui pourra :

- reprendre le vocabulaire spécifique,
- décrire le rôle des soignants,
- informer sur la nature des examens prescrits,
- expliquer les soins envisagés ou en cours.

Il ne s'agit en aucun cas d'un deuxième avis médical.

### Article 23 • Lors de la survenue du handicap

Lorsqu'une altération des fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques restreint les activités du quotidien, l'Assisteur propose au Bénéficiaire ou à son proche aidant la mise en relation avec son département d'accompagnement psycho-social pour l'accompagner et le conseiller.

#### A. Favoriser le mieux-être psychologique

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- un espace d'écoute et de soutien,
- un soutien dans l'acceptation de la nouvelle situation,
- une aide au maintien ou à la restauration de la communication au sein de la famille,
- une aide pour la gestion de la douleur ressentie.

#### B. Limiter les conséquences sociales du handicap

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- faire un état des lieux de la situation administrative, faciliter la reconnaissance du handicap et l'accès aux droits,
- favoriser l'organisation du quotidien.

#### C. Les prestations d'assistance

En cas de dépôt d'un dossier à la MDPH, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place, sur justificatifs (accusé de réception du dossier à la MDPH notamment, justificatif d'affiliation au régime obligatoire pour les personnes titulaires d'une pension d'invalidité 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégorie) l'une des prestations suivantes visant à mieux appréhender la nouvelle situation pour le Bénéficiaire et son entourage :

- une aide à domicile, afin d'aider dans les tâches quotidiennes à concurrence d'un maximum de 30 heures ;
- une prestation de bien-être et de soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 Euros TTC maximum (sur justificatif) :
  - 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.
- un soutien au Bénéficiaire, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale ...) destiné à mieux appréhender cette nouvelle situation pour le Bénéficiaire et son entourage, à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 Euros TTC ;
- une inscription annuelle à un réseau d'entraides pour permettre l'accès à un soutien entre pairs et faciliter la vie quotidienne ;
- la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour. Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 10 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 ;
- 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 dans la limite de 500 Euros TTC ;
- le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du Bénéficiaire, pour garder les enfants dans la limite de 500 Euros TTC ;
- l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence d'un maximum de 10 heures.

La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

### Article 24 • Dans le quotidien

Lorsque le handicap est reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), l'Assisteur propose au Bénéficiaire ou à son proche aidant la mise en relation avec son département d'accompagnement psycho-social pour l'accompagner et le conseiller.

#### A. Favoriser le mieux-être psychologique

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- une restauration de l'estime de soi,
- un soutien dans le processus d'adaptation psychique,
- une gestion des symptômes corporels par le biais d'une initiation à des méthodes de relaxation.

#### B. Limiter les conséquences sociales du handicap

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- rechercher des solutions d'aide humaine ou technique,
- soutenir la démarche d'accès à l'éducation, la formation et l'emploi,
- favoriser l'équilibre du budget.

#### C. Les prestations d'assistance

En complément d'une prestation accordée par la MDPH, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place, sur justificatifs (accusé de réception du dossier à la MDPH notamment, justificatif d'affiliation au régime obligatoire pour les personnes titulaires d'une pension d'invalidité 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégorie) et dans la limite d'une fois par année civile l'une des prestations suivantes destinée à faire face aux dépenses liées au handicap :

- une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes à concurrence d'un maximum de 30 heures ;
- une prestation de bien-être et de soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 Euros TTC maximum (sur justificatif) :
  - 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.

- ⊖ une prise en charge du reste à charge de fournitures (matériels paramédicales ou médicales) nécessaires et en lien avec la situation de handicap du Bénéficiaire **dans la limite de 500 Euros TTC ;**
- ⊖ une prise en charge du reste à charge d'une activité de loisirs adaptés ou d'un séjour vacances adaptées à la situation de handicap du Bénéficiaire **dans la limite de 500 Euros TTC ;**
- ⊖ une inscription annuelle à un réseau d'entraides pour permettre l'accès à un soutien entre pairs et faciliter la vie quotidienne ;
- ⊖ un soutien au Bénéficiaire, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale ...) destiné à faciliter le maintien du lien social et de la cohésion familiale, **à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 Euros TTC ;**
- ⊖ la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile **pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour.** Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 10 jours, l'Assisteuse se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- ⊖ 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 **dans la limite de 500 Euros TTC ;**
- ⊖ le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du Bénéficiaire, pour garder les enfants **dans la limite de 500 Euros TTC ;**
- ⊖ l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, **à concurrence d'un maximum de 10 heures.**

**La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assisteuse selon les besoins du Bénéficiaire.**

**En complément :**

- ⊖ En cas de déménagement ou de changement d'emploi du Bénéficiaire handicapé, l'Assisteuse organise la venue d'un accompagnateur ou auxiliaire d'intégration sociale pour l'apprentissage du nouvel environnement. Cette prestation est prise en charge **à concurrence de 10 heures dans les 30 jours suivant l'événement dans la limite d'une fois par an.**
- ⊖ En cas d'impossibilité pour le Bénéficiaire handicapé de se rendre seul sur son lieu d'examen, si personne ne peut l'accompagner et lorsque le Bénéficiaire doit être déplacé, soulevé, manipulé au cours de l'examen, l'Assisteuse organise et prend en charge le transport aller et retour du Bénéficiaire depuis son domicile vers le lieu d'examen par le moyen le plus adapté (Taxi, VSL, Ambulance...) et met à disposition un intervenant qualifié. **Cette prestation est prise en charge à concurrence d'un maximum de 500 euros TTC dans la limite d'une fois par an.**

## Article 25 • Dans les situations de crise

Lorsqu'un Bénéficiaire reconnu par la MDPH est confronté à une situation de crise, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteuse évalue, conseille et accompagne le Bénéficiaire ou son proche aidant.

### A. Favoriser le mieux-être psychologique

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à donner accès à :

- ⊖ un soutien face aux émotions négatives,
- ⊖ un soutien pour prévenir l'épuisement de l'aidant,
- ⊖ un accompagnement spécifique au moment d'un deuil.

### B. Limiter les conséquences sociales du handicap

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- ⊖ faciliter l'adaptation du domicile,
- ⊖ favoriser l'organisation et le financement de solutions de répit pour l'aidant,
- ⊖ informer sur les dispositifs de protection des majeurs ou le mandat de protection future.

### C. Les prestations d'assistance

**En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou de maternité du Bénéficiaire en situation de handicap, l'Assisteuse évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place l'une des prestations suivantes permettant de faciliter le retour au domicile :**

- ⊖ une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes **à concurrence d'un maximum de 30 heures ;**
- ⊖ une prestation de bien-être et de soutien, **à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 Euros TTC maximum (sur justificatif) :**
  - 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.
- ⊖ un soutien au Bénéficiaire, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale ...) destiné à faciliter le maintien du lien social et de la cohésion familiale, **à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 Euros TTC ;**

- ⊖ l'intervention d'une auxiliaire de vie assurant un soutien matériel, psychologique et pédagogique au sein de l'établissement ou au retour à domicile, **à concurrence d'un maximum de 20 heures ;**
- ⊖ la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile **pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour.** Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 10 jours, l'Assisteuse se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- ⊖ 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 **dans la limite de 500 Euros TTC ;**
- ⊖ le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du Bénéficiaire, pour garder les enfants **dans la limite de 500 Euros TTC ;**
- ⊖ l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, **à concurrence d'un maximum de 10 heures ;**
- ⊖ la prise en charge de la garde de l'animal d'assistance **dans la limite de 500 Euros TTC.**

**La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assisteuse selon les besoins du Bénéficiaire.**

**En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement de l'aidant habituel avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, l'Assisteuse évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place l'une des prestations afin de soutenir le Bénéficiaire handicapé :**

- ⊖ une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes **à concurrence d'un maximum de 30 heures ;**
- ⊖ une prestation de bien-être et de soutien, **à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 Euros TTC maximum (sur justificatif) :**
  - 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.
- ⊖ l'intervention d'une auxiliaire de vie assurant un soutien matériel, psychologique et pédagogique au domicile du Bénéficiaire, **à concurrence d'un maximum de 20 heures ;**
- ⊖ la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile **pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour.** Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 10 jours, l'Assisteuse se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- ⊖ 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 **dans la limite de 500 Euros TTC ;**
- ⊖ le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du Bénéficiaire, pour garder les enfants **dans la limite de 500 Euros TTC ;**
- ⊖ l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, **à concurrence d'un maximum de 10 heures.**

**La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assisteuse selon les besoins du Bénéficiaire.**

Titre VI

## PRESTATIONS D'ASSISTANCE À L'ÉTRANGER

### Article 26 • Cadre d'application spécifique de l'assistance à l'étranger

#### A. En cas de demande d'assistance à l'étranger

La garantie d'assistance à l'étranger est acquise **lors d'un déplacement à titre privé ou professionnel à l'étranger dont la durée n'excède pas 31 jours consécutifs.** Si la durée totale du voyage est supérieure à 31 jours ou si aucune date n'est prévue pour le retour ou à la fin du séjour, la couverture cessera de plein droit 31 jours après la date de départ ou de début de séjour. L'Assisteuse se réserve le droit de réclamer au Bénéficiaire tout document attestant des dates de début et de fin de séjour (titres de transports, cartes d'embarquement, réservations d'hôtel...).

La couverture est considérée comme complémentaire en vertu de la présente notice d'information. **L'Assisteuse ne couvrira aucun coût qui peut être couvert par une autre institution, Caisse d'Assurance Maladie, compagnie d'assurance ou mutuelle, à l'exception des montants éligibles dépassant les limites couvertes par cette autre institution, compagnie d'assurance ou mutuelle dans les limites fixées dans la présente notice d'information.** L'Assisteuse n'est aucunement responsable des conséquences d'une faute médicale ou d'un traitement insuffisant ou inadéquat.

#### B. Couverture géographique de l'assistance à l'étranger

Les prestations d'assistance à l'étranger s'appliquent dans les pays du monde entier (à l'exception de ceux visés ci-après) et hors du pays du domicile du Bénéficiaire, à la suite d'un accident, de blessures, d'une

maladie soudaine ou d'une hospitalisation imprévue dont le Bénéficiaire serait victime. Les garanties sont acquises pour toute la durée du séjour à l'étranger n'excédant pas 31 jours consécutifs et effectué dans le cadre d'un déplacement à titre privé ou professionnel et à but non médical. **Sont exclus de la présente garantie les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire ou subissant des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, actes de piraterie, d'interdictions officielles, représailles, restrictions à la libre circulation des personnes et des biens (quel que soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique), grèves, explosions, tremblements de terre, cyclones, éruptions volcaniques et autres catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure.**

### C. Faits générateurs dans le cadre de l'assistance à l'étranger

Les prestations sont acquises en cas d'accident, de blessures, de maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévue survenant à l'un des Bénéficiaires.

**Pour pouvoir bénéficier des prestations offertes par la garantie d'assistance à l'étranger, le Bénéficiaire doit contacter l'Assisteur en indiquant le plus clairement possible le lieu où il se trouve dans un délai de 48 heures après la survenue de l'accident, des blessures, de la maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévue.** Au cas où le Bénéficiaire se trouve dans l'incapacité de contacter en personne l'Assisteur en raison de son état, toute notification faite par l'un de ses proches, la police, l'établissement de soins, les pompiers, ou toute personne étant intervenue suite au fait générateur, est recevable par l'Assisteur.

### Règles à observer en cas de demande d'assistance de l'étranger

L'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

**Avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense à l'étranger, il est nécessaire :**

- ⚡ d'obtenir l'accord préalable de l'Assisteur en appelant ou en faisant appeler sans attendre l'Assisteur, au numéro rappelé ci-après : **par téléphone : 00 33 9 69 39 29 13**
- ⚡ de se conformer aux procédures et aux solutions préconisées par l'Assisteur.

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge, le Bénéficiaire s'engage, à la demande de l'Assisteur, soit à :

- ⚡ restituer les titres de transport originaux non utilisés qu'il détient,
- ⚡ réserver le droit à l'Assisteur de les utiliser,
- ⚡ rembourser à l'Assisteur les montants dont il obtiendrait le remboursement.

Dans le cadre d'avance de frais, le Bénéficiaire s'engage à signer lors de la demande d'assistance :

- ⚡ une autorisation de transmission directe pour permettre à l'Assisteur d'effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié pour recouvrer les avances de frais engagées à ce titre,
- ⚡ une lettre d'engagement sur l'honneur, par laquelle le Bénéficiaire s'engage à rembourser l'intégralité de l'avance effectuée par l'Assisteur en cas de non prise en charge par la Sécurité sociale.

### Conseils :

Si le Bénéficiaire est assuré au titre du régime légal de l'Assurance maladie il est nécessaire pour bénéficier des prestations de l'Assurance maladie lors de son déplacement dans l'un des pays de l'Espace Économique Européen (EEE) ou de la Suisse, d'être titulaire de la « Carte Européenne d'Assurance maladie » (individuelle et nominative) en cours de validité qu'il doit se procurer avant son départ auprès de sa caisse d'Assurance maladie.

Si le Bénéficiaire se déplace dans un pays qui ne fait pas partie de l'Espace Économique Européen (EEE) ou de la Suisse, il doit se renseigner, avant son départ, pour vérifier si ce pays a conclu un accord de Sécurité sociale avec la France. Pour ce faire, il doit consulter sa caisse d'Assurance maladie pour savoir s'il entre dans le champ d'application de ladite convention et s'il a des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire).

En cas de nécessité d'une attestation d'assistance médicale pour l'obtention d'un visa, celle-ci sera délivrée par l'Assisteur dans un délai de 8 jours ouvrés à compter de la réception de la demande écrite du Bénéficiaire assortie de tous les éléments nécessaires à sa rédaction (les éléments requis sont : nom, prénom, date de naissance, destination, durée de voyage, adresse de domicile, numéro du passeport, les numéros de téléphone où l'appeler en cas de nécessité).

Lors de ses déplacements, le Bénéficiaire ne doit pas oublier d'emporter les documents justifiant de son identité et tout document nécessaire à son voyage : passeport, carte nationale d'identité, carte de séjour, visa d'entrée, visa de retour, carnet de vaccination... et de surtout vérifier leur date de validité.

### D. Exécution des prestations à l'étranger

Le Bénéficiaire doit présenter à l'Assisteur des copies conformes des documents suivants, dans un délai de deux mois à compter de la date du fait générateur :

- ⚡ tout document justifiant de son lieu de domicile habituel et de la durée de son déplacement,
- ⚡ le procès-verbal officiel émis par la police concernant l'accident,
- ⚡ une photocopie du passeport et du visa (le cas échéant),

- ⚡ le dossier médical complet préparé et délivré par le médecin ou l'établissement de soins dans lequel le Bénéficiaire a été traité, ainsi que les ordonnances médicales, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'Assisteur,
- ⚡ les factures médicales et hospitalières,
- ⚡ les factures soumises et le relevé des factures remboursées par la Sécurité sociale,
- ⚡ tout autre justificatif que l'Assisteur estimera nécessaire pour apprécier le droit aux prestations d'assistance.

À défaut de présentation des justificatifs demandés, l'Assisteur pourrait refuser la prise en charge des frais d'assistance et/ou pourrait procéder à la refacturation des frais déjà engagés.

De plus, l'Assisteur est exonéré de l'obligation de fournir des prestations dans les cas suivants :

- ⚡ si le Bénéficiaire ne notifie pas à l'Assisteur de la survenue de l'accident ou de la maladie soudaine nécessitant une assistance médicale ou autre dans un délai de 48 heures à partir de la survenue dudit accident ou maladie,
- ⚡ si le Bénéficiaire ne présente pas tous les documents requis pour constituer le dossier relatif à la déclaration,
- ⚡ si l'Assisteur n'a pas donné son accord préalable. Toute décision relative à un changement de traitement, au transfert du Bénéficiaire vers un autre centre médical, ou à toute autre mesure médicale nécessaire, y compris les opérations chirurgicales non urgentes, durant la période d'hospitalisation acceptée par l'Assisteur, est soumise obligatoirement à l'approbation préalable de l'Assisteur, sous peine d'un refus de couverture,
- ⚡ si le Bénéficiaire ou la personne référente du Bénéficiaire refuse les prestations de l'Assisteur.

### E. Obligations du Bénéficiaire en cas de demande d'assistance à l'étranger

En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire libère du secret médical tous les médecins et membres du personnel paramédical qui ont été amenés à traiter de son cas, avant, pendant et après l'urgence médicale. Le Bénéficiaire est tenu de communiquer sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assisteur, tous les faits et circonstances requis en vertu de la garantie d'assistance à l'étranger.

Toute réticence ou omission dans la communication de ces données donne le droit à l'Assisteur de suspendre la garantie d'assistance dès qu'il prend connaissance des faits ou circonstances.

Dans le cas où le Bénéficiaire a souscrit à une autre police pour le même risque (Assurances et/ou Assistance), il doit la déclarer à l'Assisteur.

## Article 27 • Prestations d'assistance à l'étranger

### A. Le service d'informations et de prévention médicale

L'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire un service téléphonique disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avant et pendant le voyage, et ceci afin de délivrer des informations pratiques, organisationnelles et médicales. L'équipe médicale de l'Assisteur peut également répondre à toute question liée à la santé avant et pendant le voyage du Bénéficiaire (réseaux médicaux, modalités de soins, vaccinations, pathologies, hygiène). Ce service est conçu pour écouter, informer, orienter et, **en aucun cas, il ne peut se substituer à une consultation médicale sur place.** Les informations fournies ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription médicale personnalisée car il est impossible d'établir un diagnostic médical à partir d'un appel téléphonique. Les conseils seront livrés de façon objective selon les éléments communiqués par téléphone.

**En cas d'urgence médicale, il est vivement conseillé de contacter directement les organismes de secours d'urgence locaux auxquels l'Assisteur ne peut se substituer.**

### B. Le service d'accompagnement et d'écoute au cours d'une hospitalisation

Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés dès l'instant où un Bénéficiaire est hospitalisé à l'étranger. Ils apportent un soutien au Bénéficiaire ainsi qu'à sa famille en intervenant auprès du médecin en charge sur place, afin de lui apporter toutes les informations nécessaires sur les démarches thérapeutiques envisagées par le médecin en charge.

De plus, si la situation le nécessite (situation de crise, victimologie ou traumatologie), un service d'écoute est mis à disposition au Bénéficiaire ainsi qu'à sa famille avec une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue.

### C. Mise à disposition d'un médecin sur place

Durant son séjour à l'étranger, le Bénéficiaire peut contacter l'Assisteur afin d'être dirigé si cela est nécessaire et chaque fois que cela est possible vers un médecin désigné par celui-ci dans la région où il se trouve.

Le diagnostic établi par ce médecin et le traitement préconisé par lui entrent dans le cadre de sa responsabilité professionnelle. L'Assisteur s'efforce de constituer un réseau de médecins référents dans les pays du monde entier, mais ne peut toutefois être tenu responsable en cas de non-disponibilité, de toute erreur de diagnostic ou de tout traitement inadapté ou inefficace.

## D. Le transfert ou rapatriement sanitaire

### a) Conseil médical

#### En cas de maladie, blessure, accident ou hospitalisation imprévus

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un Bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. L'un des médecins de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le Bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose les prestations médicales telles que :

- ⚡ la poursuite du traitement, un transfert/rapatriement pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- ⚡ le transfert/rapatriement vers un centre de soins mieux adapté, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- ⚡ lorsque l'état de santé le permet, le rapatriement de l'établissement hospitalier de premiers soins vers un établissement proche du domicile ou directement au domicile du Bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur.

Selon l'état du Bénéficiaire, le transfert/rapatriement est organisé avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

#### Suivant le cas, ils s'effectuent (dans les conditions définies ci-dessus) :

- ⚡ en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi,
- ⚡ en train,
- ⚡ en avion de ligne régulière,
- ⚡ en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

**Remarque :** par sécurité pour le Bénéficiaire, tout transfert d'urgence reste à l'entière responsabilité du médecin traitant ou de l'autorité médicale sur place. En aucun cas la responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée.

### b) Transfert/rapatriement sanitaire

L'Assisteur se charge :

- ⚡ de l'organisation du transfert/rapatriement,
- ⚡ de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du Bénéficiaire,
- ⚡ de collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert/rapatriement éventuel.

Les frais correspondants sont intégralement pris en charge par l'Assisteur. Dans le cas où les frais sont pris en partie ou en totalité par la Sécurité sociale ou tout autre organisme de tiers payant, le Bénéficiaire est tenu de collaborer avec l'Assisteur pour recouvrir la part qui lui revient par ces organismes.

Toutefois aucun transfert, à l'exception du transfert d'urgence, ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur.

Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du Bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert.

**IMPORTANT :** il est à cet égard, expressément convenu que la décision finale du transfert ou rapatriement sanitaire (à l'exception du transfert d'urgence) à mettre en œuvre appartient en dernier ressort aux médecins de l'Assisteur et ce, afin d'éviter tout conflit d'autorités médicales. Par ailleurs, dans le cas où le Bénéficiaire refuse de suivre la décision considérée comme la plus opportune par les médecins de l'Assisteur, il décharge expressément l'Assisteur de toute responsabilité, notamment en cas de retour par ses propres moyens ou encore en cas d'aggravation de son état de santé.

## E. Frais de secours sur piste

Lors d'un déplacement en France à plus de 50 km du domicile ou à l'étranger, en cas d'Accident ou de Blessure d'un Bénéficiaire sur une piste de ski balisée, ouverte aux skieurs au moment de l'événement, l'Assisteur prend en charge les frais de secours du lieu de l'incident s'entendant sur une piste balisée, jusqu'au centre de soins le plus proche à concurrence de 500 Euros TTC. En aucun cas, l'Assisteur ne sera tenu à l'organisation des secours. Seuls les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés. **Les frais de recherche sur piste ou en montagne restent à la charge du Bénéficiaire.**

## F. Frais de prolongation de séjour

En cas d'Accident, de Blessure ou de Maladie, si votre état ne justifie pas une hospitalisation ou un transfert/rapatriement sanitaire et que vous devez prolonger votre séjour sur place à l'hôtel, sur ordonnance médicale exclusivement, l'Assisteur prend en charge vos frais d'hébergement ainsi que ceux d'un accompagnant Bénéficiaire, **à concurrence de 125 Euros TTC**

**par nuit pendant 10 nuits maximum**, afin qu'il reste auprès de vous jusqu'à ce que vous soyez en état de revenir en France.

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

## G. Frais de prolongation de séjour suite à une hospitalisation

En cas d'Accident, de Blessure ou de Maladie, si le Bénéficiaire est dans l'obligation de prolonger son séjour pour raisons médicales avérées et après accord du médecin de l'Assisteur, l'Assisteur prend en charge les frais supplémentaires de prolongation du séjour dans l'hôtel où se trouve le Bénéficiaire **jusqu'à concurrence de 125 Euros TTC par nuit, dans la limite de 10 nuits maximum.**

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

## H. Présence d'un proche au chevet

Lorsque vous êtes hospitalisé(e) sur le lieu de votre Accident, de votre Blessure ou de votre Maladie et que les médecins de l'Assisteur jugent à partir des informations communiquées par les médecins locaux que votre sortie ou votre retour ne peut se faire avant 10 jours, l'Assisteur organise et prend en charge le transport aller et retour depuis la France d'une personne de votre choix afin qu'elle se rende à votre chevet.

**Cette prestation n'est acquise qu'en l'absence, sur place, d'un membre de votre famille en âge de majorité juridique.**

L'Assisteur prend également en charge les frais d'hébergement de cette personne **pendant 10 nuits maximum, jusqu'à un maximum de 125 Euros TTC par nuit.** Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Retour des Bénéficiaires ».

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

## I. Retour des bénéficiaires et des animaux de compagnie

L'Assisteur organise également et prend en charge le retour des Bénéficiaires se trouvant sur place, vers leur domicile habituel situé en France ou dans les DROM, ainsi que le retour des animaux de compagnie voyageant avec ces Bénéficiaires. L'Assisteur met à la disposition des Bénéficiaires susvisés le transport depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France ou dans les DROM.

## J. Venue d'un proche pour récupération des enfants

En cas d'évacuation sanitaire du patient, la prise en charge d'un accompagnant sera systématique pour les enfants de moins de 16 ans restés sur place ou si la personne est handicapée, quel que soit son âge. Si personne n'est en mesure de s'occuper des enfants Bénéficiaires de moins de 16 ans restés sur place, l'Assisteur organise et prend en charge pour un proche résidant en France métropolitaine, désigné par le Bénéficiaire ou un membre de sa famille, son transport pour prendre les enfants en charge et les ramener à leur domicile ou chez lui en France ou dans les DROM.

## K. Transmission du dossier médical au médecin traitant/référent habituel du bénéficiaire

Dans le cadre d'un suivi médical/hospitalier sur place, l'équipe médicale de l'Assisteur, après accord du Bénéficiaire, s'organise pour collecter les données médicales relatives au suivi des soins et prescriptions dispensés sur place. Ces éléments d'informations seront alors transmis, sous pli confidentiel, au médecin traitant/référent habituel du Bénéficiaire, afin d'être versés à son dossier médical.

## L. Frais médicaux à l'étranger à la suite d'une maladie, d'une blessure, d'un accident ou d'une hospitalisation, imprévus

### a) Avance des frais médicaux

L'Assisteur fait l'avance au Bénéficiaire des frais d'hospitalisation, **dans la limite de 80 000 Euros TTC**, à condition qu'ils concernent des soins reçus en territoire étranger à la suite d'une maladie, d'une blessure, d'un accident ou d'une hospitalisation, imprévus survenus sur ce territoire.

Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- ⚡ pour des soins prescrits en accord avec le médecin de l'Assisteur,
- ⚡ tant que ce dernier juge que le Bénéficiaire est intransportable après recueil des informations auprès du médecin local. Aucune avance n'est accordée à dater du jour où l'Assisteur est en mesure d'effectuer le transport, même si le Bénéficiaire décide de rester sur place.

### RAPPEL :

Pour pouvoir bénéficier de cette avance, le Bénéficiaire signera, lors de la demande d'assistance :

- ⚡ une autorisation de transmission directe pour permettre à l'Assisteur d'effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié pour recouvrer les avances de frais engagées à ce titre,
- ⚡ une lettre d'engagement sur l'honneur, par laquelle le Bénéficiaire s'engage à rembourser l'intégralité de l'avance effectuée par l'Assisteur en cas de non prise en charge par la Sécurité sociale.

### b) Prise en charge du reste à charge des frais médicaux

L'Assisteur rembourse, sous condition de prise en charge par la Sécurité sociale et après intervention de celle-ci et d'organismes complémentaires, les frais médicaux définis ci-après, à condition que ces frais concernent

des examens et soins reçus à l'étranger, sur ordonnance médicale, à la suite d'une maladie ou d'un accident imprévu survenus dans ce pays, **dans la limite de 80 000 Euros TTC.**

**Frais médicaux couverts à l'étranger :**

- ⚡ honoraires médicaux,
- ⚡ frais d'urgence,
- ⚡ frais d'examen complémentaires (analyses, radiologies...) pharmaceutiques et de contrôle après hospitalisation ou d'urgence médicale,
- ⚡ frais d'hospitalisation imprévue,
- ⚡ frais chirurgicaux imprévus.

Pour donner lieu à remboursement, toute consultation, hospitalisation et intervention chirurgicale doivent être déclarées à l'Assisteur dans les 48 heures après la survenue de l'accident, des blessures, de la maladie soudaine ou d'hospitalisation imprévue.

L'Assisteur prend en charge sur présentation d'une facture acquittée, les frais occasionnés pour une prestation dentaire à caractère d'urgence à concurrence de 160 Euros TTC par séjour à l'étranger, sous condition de prise en charge par la Sécurité sociale après intervention de celle-ci et d'éventuels organismes complémentaires.

**Sont considérés comme soins d'urgence :**

- ⚡ les soins pour calmer la douleur : les dévitalisations, pansements, obturations, extractions,
- ⚡ les réparations de prothèses dentaires nécessaires pour permettre à nouveau la mastication (la mise en place de nouvelles prothèses conjointes ou adjoindes n'est pas prise en charge).

#### M. Avance de caution pénale à l'étranger

L'Assisteur effectue, en l'absence de toute faute ou délit intentionnel commis directement par le Bénéficiaire, le dépôt des cautions pénales, civiles ou douanières, **dans la limite de 15 000 Euros TTC**, en cas d'incarcération du Bénéficiaire ou lorsque celui-ci est menacé de l'être.

Ce dépôt de caution a le caractère d'une avance consentie au Bénéficiaire contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution auprès de l'Assisteur. **Cette avance devra être intégralement remboursée par le Bénéficiaire à l'Assisteur dans le délai de 30 jours à réception de la facture de l'Assisteur.**

#### N. Avance des frais de justice à l'étranger

L'Assisteur avance, **dans la limite de 1 525 Euros TTC**, des honoraires d'avocat et/ou frais de justice que le Bénéficiaire peut être amené à supporter à l'occasion d'une action en défense ou recours devant une juridiction étrangère, en cas d'accident, de vol, de dommages ou de tout autre préjudice subi au cours du séjour ou du voyage.

Cette avance est consentie au Bénéficiaire contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution auprès de l'Assisteur. **Cette avance devra être intégralement remboursée par le Bénéficiaire à l'Assisteur dans le délai de 30 jours à réception de la facture de l'Assisteur.**

#### O. Avance de fonds première nécessité

Pour tout événement lié à une cause non médicale, une avance de fonds pourra être consentie au Bénéficiaire par l'Assisteur, contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution, **à concurrence 500 Euros TTC** afin de lui permettre de faire face à une dépense de première nécessité découlant d'une difficulté grave et de caractère imprévu.

Cette avance est consentie au Bénéficiaire contre reconnaissance de dette et dépôt d'une caution auprès de l'Assisteur. Cette avance devra être intégralement remboursée par le Bénéficiaire à l'Assisteur dans le délai de 30 jours à réception de la facture de l'Assisteur.

#### P. Remboursement des frais téléphoniques

Dans le seul cas de la mise en œuvre des garanties d'assistance à l'étranger, l'Assisteur rembourse **à concurrence de 100 Euros TTC** les frais téléphoniques restant à la charge du Bénéficiaire correspondant aux seuls appels à destination ou provenant de l'Assisteur. Ce remboursement s'effectuera exclusivement sur demande du Bénéficiaire et sur présentation de la facture détaillée originale de l'opérateur téléphonique.

## Titre VII

## CADRE JURIDIQUE

### Article 28 • 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 Sirene 444 269 682.

### Article 29 • 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 auront été préconisés par l'Assisteur.

L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

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

#### C. Circonstances exceptionnelles

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

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

## Article 30 • 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 thalasso-thérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amaigrissement, ainsi que leurs conséquences.

### B. Exclusions communes à toutes les prestations en cas de demande d'assistance à l'étranger

Dans le cadre de la présente garantie, l'Assisteur ne prend pas en charge :

- ⚡ les cas d'assistance dont le fait générateur est antérieur à l'adhésion aux garanties d'assistance et au voyage,
- ⚡ les conséquences d'actes intentionnels de la part du Bénéficiaire ou les conséquences d'actes dolosifs,

- ∴ les conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'instabilité notoire, de mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure,
- ∴ les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectant diffusés de façon intentionnelle ou accidentelle, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
- ∴ 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 conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions (ou leurs essais) quelles qu'elles soient, soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque le Bénéficiaire y participe en qualité de concurrent,
- ∴ les conséquences des tentatives de suicide,
- ∴ • les cures thermales, les interventions à caractère esthétique et leurs conséquences éventuelles, les séjours en maison de repos, la rééducation, kinésithérapie, chiropraxie, les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- ∴ les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou l'interruption volontaire de grossesse,
- ∴ les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence,
- ∴ les demandes relatives à la procréation ou à la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- ∴ les dommages survenus au Bénéficiaire se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire,
- ∴ les frais consécutifs aux traitements ordonnés en France avant le départ ou après le retour,
- ∴ les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple), les frais d'appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires, orthopédiques notamment),
- ∴ les frais de secours et de recherches de toute nature,
- ∴ les frais de soins dentaires supérieurs à 160 Euros TTC,
- ∴ les frais engagés en France qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenues à l'étranger ou dans le pays de résidence habituelle,
- ∴ les frais engagés sans accord préalable de l'Assisteur et non expressément prévus par la présente notice d'information,
- ∴ les frais non justifiés par des documents originaux,
- ∴ les frais liés à la prise en charge d'états pathologiques ne relevant pas de l'urgence, les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination, les frais de bilan de santé et de traitements médicaux ordonnés dans le pays de résidence habituelle, les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- ∴ les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques engagés dans le pays de résidence habituelle qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie, blessure(s) ou accident survenus hors du pays de résidence habituelle du Bénéficiaire,
- ∴ les frais occasionnés par la pratique d'un sport violent (sport de lutte (avec ou sans armes blanches), art martiaux et boxe) ou sports extrêmes basée sur le milieu dans lequel ils sont pratiqués : les sports aériens (base jump, saut à élastique, vol à voile, parapente, deltaplane, saut en parachute), les sports terrestres (alpinisme, escalade) et les sports aquatiques (barefoot, plongeon de haut vol, apnée) exercés en club ou en compétition, en amateur ou en professionnel,
- ∴ les greffes ou ablations d'organes, de tissus ou de cellules,
- ∴ les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le jour du départ en voyage et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse au-delà de la 28ème semaine,
- ∴ les litiges dont le Bénéficiaire avait connaissance lors de l'adhésion aux garanties d'assistance,
- ∴ les voyages entrepris et les frais engagés dans un but de diagnostic et/ou de traitement lié à un état pathologique antérieur,
- ∴ tout acte intentionnel de la part du Bénéficiaire pouvant entraîner la mise en œuvre des garanties d'assistance,
- ∴ toute imprudence ou risque inutile pris par le Bénéficiaire, ou tout manquement de sa part à prendre des mesures raisonnables de précaution, sauf s'il a agi pour tenter de sauver une personne en danger,
- ∴ un fait générateur trouvant son origine dans une maladie et/ou blessure préexistante(s) diagnostiquée(s) et/ou traitée(s) ayant fait l'objet d'une hospitalisation (hospitalisation continue, hospitalisation de jour ou ambulatoire) dans les 6 mois précédant la demande d'assistance, qu'il s'agisse d'une manifestation ou de l'aggravation dudit état.

De même, le Bénéficiaire n'est pas couvert s'il voyage dans les cas suivants :

- ∴ contrairement à l'avis de son médecin,
- ∴ après avoir reçu un diagnostic de maladie chronique en phase terminale,

- ∴ lors d'une période de maladie, de traitement important ou d'incapacité à travailler, s'il doit subir une opération chirurgicale, sans que cela n'ait été encore fait.

Concernant les remboursements des frais médicaux à l'étranger

Les garanties sont mises en œuvre sans préjudice des dispositions des articles L.871-1 et suivants du code de la Sécurité sociale et des textes pris pour leur application. À ce titre sont exclues la prise en charge des franchises médicales et des participations forfaitaires dans l'hypothèse où elles ont été appliquées par la Sécurité sociale.

### Article 31 • Nullité de la prestation

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

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

### Article 32 • 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 33 • Subrogation

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

### Article 34 • 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 35 • 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 la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé

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

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

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace 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@rmassistance.fr](mailto:dporma@rmassistance.fr) ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 Vertou Cedex. En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à : WORLDLINE, Immeuble River Ouest, 80 quai Voltaire, 95870 Bezons ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

### Article 36 • 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 37 • 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.



# TABLEAU DE GARANTIES

## ÎLE DE FRANCE MUTUELLE SANTÉ

Prestations en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2024

Régime général

	TOTALS y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)	
	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	RÉGIME ÎLE DE FRANCE
<b>Soins courants</b>		
<b>Honoraires médicaux et paramédicaux</b>		
Consultation et visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR	100 % BR
Consultation et visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR	100 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR	125 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR	100 % BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prise en charge par la Sécurité sociale	60 % BR	100 % TM
<b>Analyses et examens</b>		
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	60 % ou 70 % BR	100 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	60 % BR	100 % BR
<b>Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)</b>		
Médicaments à SMR important	65 % BR	100 % BR
Médicaments à SMR modéré	30 % BR	80 % BR
Médicaments à SMR faible	15 % BR	15 % BR
<i>SMR : Service Médical Rendu.</i>		
Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, médicaments prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), par année civile et par bénéficiaire <sup>(3)</sup>	Non pris en charge	25 € (y compris homéopathie)
<i>(3) Sur présentation de la prescription médicale.</i>		
Moyens de contraception non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans la limite par année civile et par bénéficiaire <sup>(4)</sup>	Certains moyens de contraception sont pris en charge et remboursés comme des médicaments	30 € contraception féminine et masculine
<i>(4) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>		
<b>Matériel médical</b>		
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale	60 % BR	100 % BR
Prothèses mammaire ou capillaire sur prescription médicale par suite de cancer et chimiothérapie	100 % BR	200 €
<b>Aides auditives</b>		
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. Un équipement est composé d'un appareil par oreille.		
<b>Équipements 100% Santé (Classe 1) <sup>(7)</sup></b>		
Adulte (Bénéficiaire de 20 ans ou plus) <sup>(7)</sup>	60 % BR	100 % PLV
Enfant (Bénéficiaire de moins de 20 ans) <sup>(7)</sup>	60 % BR	400 €
	60 % BR	1 400 €
<b>Les garanties des équipements auditifs exprimées en euros intègrent le remboursement du régime obligatoire.</b>		
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	60 % BR	100 % BR
<i>(7) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</i>		

Prestations en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2024

Régime général

	TOTAUX y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)	
	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	RÉGIME ÎLE DE FRANCE
<b>Autres postes</b>		
Frais de Transport	65 % BR	100 % BR
<b>Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale</b>		
Frais médicaux, de séjour et de transport	65 % BR	100 % BR
<b>Hospitalisation</b>		
<b>Hospitalisation chirurgicale et médicale (y compris maternité)</b>		
<b>Frais de séjour</b>		
dans un établissement conventionné	80 % BR	100 % BR
dans un établissement non conventionné	80 % BR	100 % BR
<b>Honoraires</b>		
Médecins adhérents à l'un des DPTAM	80 % BR	125 % BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	80 % BR	100 % BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	Non pris en charge	Frais réels
<b>Forfait actes lourds</b>	Non pris en charge	Frais réels
<b>Forfait Patient Urgences</b>	Non pris en charge	Frais réels
<b>Maternité</b>		
Forfait maternité (y compris en cas d'adoption) (la prestation est doublée en cas de naissance multiples) <sup>(1)</sup>	Non pris en charge	100 €

*(1) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.*

<b>Optique</b>		
<b>Verres et monture</b>		
<b>Équipements 100% Santé (classe A) <sup>(7) (9) (10)</sup></b>	60 % BR	100 % PLV
<b>Verres et monture à tarifs libres (classe B) <sup>(7) (9) (10) (11)</sup></b>	60 % BR	
Équipement avec verres simples y compris monture		50 €
Équipement avec verres complexes y compris monture		200 €
Équipement avec verres très complexes y compris monture		200 €
Équipement avec verre simple et verre complexe y compris monture		125 €
Équipement avec verre simple et verre très complexe y compris monture		125 €
Équipement avec verre complexe et verre très complexe y compris monture		200 €
Dont monture maximum		50 €
<b>Suppléments</b>		
Supplément verres avec filtres	60 %	100 % BR
<b>Verres équipement 100 % Santé</b>		
Appariage de verre d'indice de réfraction différent, verre avec filtre	60 %	100 % BR
Adaptation de la correction visuelle	60 %	100 % BR
<b>Hors verres équipement 100 % Santé</b>		
Adaptation de la correction visuelle	60 %	100 % BR
Autres suppléments (prisme, système anti-ptosis, verre iséconique)	60 %	100 % BR
<b>Autres postes optique</b>		
Les lentilles de contact correctrices prises en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	60 %	100 % BR

*(7) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (9) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. (10) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100 % Santé ou Tarif libre).*

*(11) - Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries. - Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries. - Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.*

Prestations en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2024

Régime général

	TOTALS y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)	
	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	RÉGIME ÎLE DE FRANCE
<b>Dentaire</b>		
<b>Soins et prothèses 100% Santé</b> <sup>(2)</sup>	60 % BR	100 % PLV
<b>Soins (Hors 100% Santé)</b> <sup>(2)</sup>		
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	60 % BR	100 % BR
Scellement par sillon sur une prémolaire	60 % BR	100 % BR
<b>Prothèses (Hors 100% Santé)</b> <sup>(2)</sup>		
à tarifs limités	60 % BR	125 % Prothèses - 100 % inlay core
à tarifs libres	60 % BR	125 % Prothèses - 100 % inlay core
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	150 % BR
<small>Les remboursements de la mutuelle : - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisés par la cellule dentaire de la mutuelle. (2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.</small>		
<b>Prévention</b>		
Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	65 % BR	100 % BR
Dépistage de l'hépatite B	65 % BR	100 % BR
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum	70 % BR	100 % BR
Dépistage de l'ostéoporose non pris en charge par la Sécurité sociale, limité par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	30 €
Dépistage de la drépanocytose non pris en charge par la Sécurité sociale		20 €
Médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin non pris en charge par la Sécurité sociale, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) par année civile et par bénéficiaire <sup>(8)</sup>		30 €
Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) en charge par la Sécurité sociale, dans la limite d'une prise en charge tous les 5 ans	100 % BR	100 % BR
<small>(8) Prise en charge des substituts nicotiques.</small>		
<b>Médecines non conventionnelles</b>		
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-après <sup>(4) (5)</sup>		
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, psychologue, homéopathe, microkinésie, pédicure, podologue, addictologue* dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire		
- de :	Non pris en charge	max 2 séances
- d'un forfait de :	Non pris en charge	30 €/Séance
Équilibre alimentaire - Diététique <sup>(4) (5) (6)</sup>	Non pris en charge	110 €/An
<small>(4) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (5) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné. (6) Prise en charge pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés. * Prise en charge pour des consultations cognito-comportementales et des séances d'hypnose Ericksonienne.</small>		
<b>Harmonie Santé Services</b>		
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)	Oui	Oui

**CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE**

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
  - déduction de la participation forfaitaire (1 € au 01/01/2008),
  - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale.



Association des Mutualistes pour l'Épargne, la Prévoyance et la Santé, régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, immatriculée en préfecture sous le numéro W452001600, dont le siège social situé : 23 boulevard Jean Jaurès, 45000 Orléans.

Harmonie Santé Services est assuré par RMA, 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 969500Y286NRB0ATRB28. 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*

