

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

DOMAINE D'APPLICATION

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 convention :

- l'adhérent à la Mutuelle,
- et ses ayants droit.

2. PRISE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties de « frais de santé » de la Mutuelle Union du Commerce et des SCOP (MUCS).

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

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

3. COUVERTURE GEOGRAPHIQUE

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement* en France métropolitaine, Monaco ou dans les DROM* (au-delà de 50 kilomètres du domicile, pour la prestation "Transfert médical"),

*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.

4. FAITS GENERATEURS

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

- une hospitalisation,
- une maternité,
- un traitement anticancéreux,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure,

survenant au bénéficiaire.

L'Assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, à raison d'une seule prestation par fait générateur.

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, de soutien social ou psychologique, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

5. MODALITES DE MISE EN OEUVRE

**POUR CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION,
24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7**

Par téléphone :  **N°Cristal 09 72 72 39 16**

APPEL NON SURTAXE

Par télécopie : 02 51 83 26 31 / Télécopie Médecin Conseil : 02 40 44 43 00

Pour les adhérents résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :

Par téléphone : 00 33 9 72 72 39 16

SANS OUBLIER :

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

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

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt jours (20 jours) qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Pour le conseil et le transfert médical, 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 certifiées.

6. EXECUTION DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le

bénéficiaire, n'est remboursée par l'Assisteur.

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 et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.

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 ne participe pas aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.

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 le cadre de l'Assistance à domicile, en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, dès l'appel de l'un des bénéficiaires, pour répondre au plus vite à la demande.

Toutefois, l'Assisteur se réserve un délai de 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).

7. DEFINITIONS

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

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

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

Ascendant : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'adhérent. Pour être considéré comme ayant droit de l'adhérent, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement de l'adhérent et vivant sous le même toit.

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

Cet attentat devra être recensé par l'Etat français.

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

Ayants droit : les ayants droit de l'adhérent, sont ceux inscrits comme tels par cet adhérent 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.

Centre de convalescence : les centres de convalescence sont des structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), 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 : c'est un 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. Ils peuvent être administrés par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés.

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

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

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

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France métropolitaine, à Monaco 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 ayant droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent adhérent.

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

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

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

Etablissement 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.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans vos conditions générales. Ils sont les suivants :

- une hospitalisation,
- un traitement anticancéreux,
- une immobilisation,
- une maternité,
- une maladie, un accident ou une blessure.

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

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

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

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

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

Hospitalisation en ambulatoire : toute hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit qu'elle soit prévue ou imprévue, ayant généré un acte chirurgical réalisé dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie adaptée et suivie d'une surveillance postopératoire, et pour laquelle un bulletin de situation a été remis à la sortie.

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

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

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

Maternité : sont considérés comme maternité tout séjour de plus de 5 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.

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'Assisteur afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis

d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

Proche : les ascendants et descendants au 1er degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur de l'adhérent 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 : c'est un 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.

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 dans le cadre de cette convention s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touriste (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et dans la limite de 500 euros TTC pour les transports en France métropolitaine, Monaco ou dans les DROM. L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

SERVICE D'INFORMATIONS ET DE SOUTIEN PAR TELEPHONE

Le service de renseignements téléphoniques apporte une aide et des conseils dans les domaines de la vie courante et en matière de santé.

1. 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 48h. 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.

2. CONSEILS ET INFORMATIONS MEDICALES

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteur ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le bénéficiaire pourra en faire. En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

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

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

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

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

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

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

PRESTATIONS DE SERVICE EVALUATION ET ORIENTATION PSYCHOSOCIALE

Lorsqu'un adhérent 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'orienter. L'équipe est composée d'assistantes médico-sociales, d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale, d'éducateurs spécialisés 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 9h00 à 17h30. Les entretiens téléphoniques individuels sont limités à 5 par bénéficiaire et par année civile. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire.

L'Assisteur soumis à une obligation de moyens concernant la mise en œuvre des prestations d'accompagnement, 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,
- signifier par courrier à l'adhérent qui déposerait une réclamation la décision motivée d'interruption de l'accompagnement.

1. UN SERVICE D'APPELS DE CONVIVIALITE

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.

2. UN SERVICE DE CONSEIL SOCIAL

Les travailleurs sociaux procurent :

- 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.

3. 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.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITE, D'IMMOBILISATION, DE TRAITEMENT ANTICANCEREUX

1. PRESTATIONS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPREVUE 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.

2. PRESTATIONS DES UNE HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE, EN CAS DE MATERNITE OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPREVUE DE PLUS DE 5 JOURS OU PREVUE DE PLUS DE 10 JOURS.

Ces prestations s'appliquent pendant ou après l'hospitalisation, 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 10 heures.

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

b) Autres prestations de Bien-être et de Soutien en substitution

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 met en place et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation en substitution à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- service(s) de portage de repas,
- entretien(s) du linge,
- séance(s) de coaching santé, 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 ou s'il s'agit de l'hospitalisation d'un enfant ayant une fratrie, l'Assisteur 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. Pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école ;
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résident en France métropolitaine, Monaco 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 sous son toit, l'Assisteur 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 ;
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche, résident en France métropolitaine, à Monaco ou à l'intérieur du même département pour les adhérents domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

e) Garde des animaux familiers

L'Assisteur prend en charge le gardiennage des animaux familiers du bénéficiaire dans un centre agréé. Cette prestation est limitée à 30 jours avec un maximum de 300 euros TTC.

Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centre de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centre de convalescence, en maison de repos et centre 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 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, résident en France métropolitaine, Monaco ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du bénéficiaire.

3. PRESTATION EN CAS DE TRAITEMENT ANTICANCEREUX DE CHIMIOOTHERAPIE OU DE RADIOTHERAPIE DU BENEFICIAIRE

L'Assisteur met à la disposition du bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de chimiothérapie ou de radiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile, et ce pendant toute la durée du traitement. Cette prestation s'organise à concurrence de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent la séance.

4. PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE D'UN ENFANT BENEFICIAIRE

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 télécopie au médecin-conseil : 02 40 44 43 00, par mail à medecinconseil@rmassistance.fr ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'Assistance MUCS ASSISTANCE - à l'attention du médecin-conseil - 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 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 16ème 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 soit 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.

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, 1ère et 2ème langues vivantes.

Si des cours sont demandés par l'adhérent 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 répéteur.

5. PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE, SUITE A UNE MALADIE, UN ACCIDENT OU UNE BLESSURE LORS D'UN DEPLACEMENT A PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE METROPOLITAINE, A MONACO 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.

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 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, éventuellement, 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 automatiquement LA NULLITÉ 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.

6. PRESTATION EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE DE PLUS DE 5 JOURS LORS D'UN DEPLACEMENT A PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE METROPOLITAINE, A MONACO 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 75 euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits (frais de restauration exclus). 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 75 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.

CADRE JURIDIQUE

1. 1. 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 et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682. Siège social : 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 VERTOU Cedex.

2. 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 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 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'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.

3. 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 drogues, stupéfiants ou produits médicamenteux non prescrits par un médecin,
- 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 de nos services matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au bénéficiaire.

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

4. NULLITE 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.

5. 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.

6. 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 elle l'estime opportun.

7. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'exécution des présentes conditions générales sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, 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 le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la mutualité).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée 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 (Article L221-12 du Code de la mutualité).

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

8. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les informations personnelles recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information) feront l'objet d'un traitement automatisé et seront utilisées par RMA pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance au profit des bénéficiaires.

Dans ce cadre, ces informations seront réservées à l'usage des services concernés de RMA et de la Mutuelle Union du Commerce et des SCOP (MUCS) 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.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse du bénéficiaire à RMA de communiquer les informations médicales susceptibles d'avoir été collectées à tout professionnel de santé devant les connaître pour accomplir la mission de soins confiée par RMA.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement des données à caractère personnel les concernant, ainsi

que d'un droit à la limitation et d'opposition au traitement, pour motif légitime. Les données ainsi transmises seront adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités poursuivies.

Le bénéficiaire peut, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer ses droits en envoyant un mail à l'adresse suivante: dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin, BP62127, 44121 VERTOOU Cedex. Le bénéficiaire peut également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), située 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75 334 PARIS Cedex 07, par courrier postal, formulaire (<https://www.cnil.fr/fr/plaintes>) ou au +33 (0)1 53 73 22 22.

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 : OPPOSETEL - Service Bloctel – 06, rue Nicolas Siret - 10000 TROYES, ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

9. RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire doit contacter, à l'adresse du siège social :

RMA - Direction des Opérations
46 rue du Moulin
BP 62127
44121 VERTOOU Cedex.

Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, par mail (mediation@mutualite.fr) ou à l'adresse suivante :

Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15.

10. AUTORITE DE CONTROLE

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest
75436 PARIS Cedex 09.