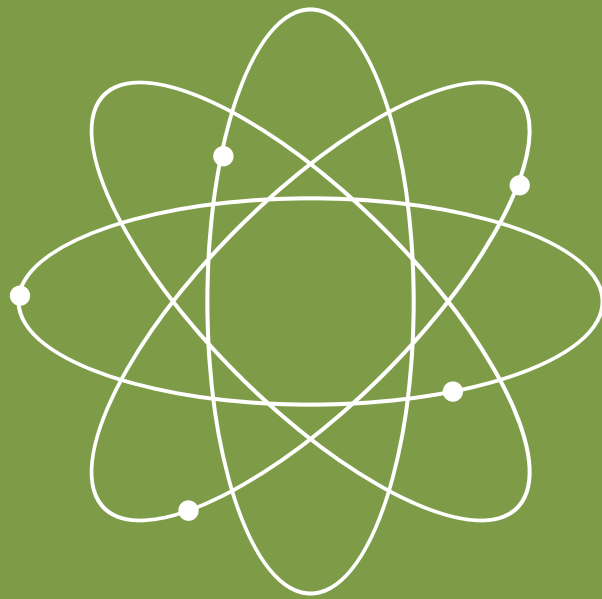




**Documents
réglementaires**

GAMME LMP+



- Statuts
- Règlement mutualiste
- Garanties santé
- Notice assistance

Statuts mutuelle LMP

Modifiés en assemblée générale le 10 décembre 2021

DÉNOMINATION, OBJET, COMPOSITION ET RUPTURE

DÉNOMINATION ET OBJET

ARTICLE LIMINAIRE

Les présents statuts sont établis en vertu des dispositions du Code de la Mutualité et de toutes les réglementations afférentes. Ils abrogent, de plein droit, les précédents statuts de la Mutuelle « LES MÉNAGES PRÉVOYANTS ».

ARTICLE 1 - DÉNOMINATION

Il est constitué une mutuelle interprofessionnelle dénommée MUTUELLE « LES MÉNAGES PRÉVOYANTS » fondée à Versailles le 26 mars 1854. La mutuelle est une personne morale de droit privé, à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 785 151 689. Elle est agréée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour assurer les opérations relevant des branches d'activité 1 « Accidents », 2 « Maladie », 20 « Vie, décès » et 21 « Nuptialité, natalité » définies à l'article R.211-2 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 2 - SIÈGE SOCIAL

La Mutuelle établit son siège à Versailles, 7-11, rue Albert Sarraut. Ledit siège peut être transféré en tout autre lieu, par décision de l'assemblée générale, sur proposition du conseil d'administration.

ARTICLE 3 - OBJET

La Mutuelle « LES MÉNAGES PRÉVOYANTS » a pour objet principal de mener des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide dans l'intérêt de ses membres ou de leurs familles en vue d'assurer notamment la prévention des risques sociaux liés à la personne, la réparation de leurs conséquences et de favoriser leur développement moral, intellectuel et physique et améliorer leurs conditions de vie. Les modalités de fonctionnement sont décrites dans les règlements mutualistes, les contrats collectifs (composés de conditions générales et particulières), les notices d'information et dans la charte de la gouvernance de la Mutuelle. La Mutuelle a pour objet principal :

A : de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie conformément aux dispositions de l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

Elle peut, par ailleurs :

B : contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés;

C : accepter en réassurance les engagements relevant des branches d'activité pour lesquelles elle est agréée ou se substituer aux Mutuelles ou Unions « substituées » qui en font la demande, dans les conditions prévues à l'article L.211-5 du Code de la Mutualité ;

D : mettre en œuvre au profit de ses membres et de leurs ayants droit, des actions de prévention, d'assistance, de protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées, gérer des réalisations sanitaires et sociales à destination de ses membres et de leurs ayants droit, accessoires aux opérations d'assurance qu'elle propose;

E : gérer un fonds de secours ayant pour objet d'attribuer des aides ponctuelles à certains de ses membres participants ou de leurs ayants droit. Le fonctionnement, les modalités de financement de ce fonds de secours et les conditions d'attribution des aides sont décrites dans la charte de fonctionnement de la commission de participation exceptionnelle ;

F : encourager au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et améliorer leurs conditions de vie.

G : créer et gérer au profit de ses membres et de leurs ayants droit, des prestations et services sanitaires, sociaux, juridiques et financiers dans le cadre d'un partenariat ou d'une sous-traitance ;

H : présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance, sous réserve que la Mutuelle continue de pratiquer à titre principal les activités conformes à son objet social.

Les activités décrites aux alinéas G et H, sont développées par une personne morale distincte de la Mutuelle proprement dite, comme il est dit à l'article L.221-3 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance pour la promotion ou la diffusion de ses propres formules et produits. Elle peut réaliser, dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité, toutes opérations qui sont compatibles avec cet objet, s'y rapportant ou contribuant à sa réalisation.

ARTICLE 4 - GOUVERNANCE

Article 4.1 Système de gouvernance

Dans le respect des conditions définies par les lois et règlements en vigueur, la Mutuelle met en œuvre un système de gouvernance garantissant une gestion saine et prudente de son activité faisant l'objet d'un examen interne régulier. Ce système de gouvernance repose sur une séparation claire des responsabilités et comprend un dispositif efficace de transmission des informations. Il est proportionné à la nature, à l'ampleur et à la complexité des opérations de la mutuelle. Ce système de gouvernance comprend les fonctions clés suivantes : la fonction de gestion des risques, la fonction de vérification de la conformité, la fonction d'audit interne et la fonction actuarielle.

Article 4.2 Charte de la gouvernance

Le conseil d'administration adopte la charte de gouvernance qui reprend notamment de manière plus exhaustive que les présents statuts les modalités d'élection des administrateurs, leur rôle, les exigences de formation qui s'appliquent à eux. Elle précise également la composition du conseil d'administration et le déroulement de ses séances. Enfin, elle s'intéresse au bureau et à chacune des commissions mises en place afin d'en définir le rôle.

ARTICLE 5 - CONTRAT D'ADHÉSION MUTUALISTE

Le « contrat d'adhésion mutualiste » est constitué par l'ensemble des documents remis à l'adhérent lors de son adhésion - statuts, règlement mutualiste ou contrats collectifs et notices d'information, et bulletin d'adhésion - comportant le contrat mutualiste proprement dit, signé par l'adhérent ou l'employeur de manière manuscrite ou par voie électronique sécurisée. Le « Contrat mutualiste » prend la forme d'un règlement mutualiste pour les opérations individuelles et d'un règlement mutualiste ou d'un contrat collectif pour les opérations collectives.

Article 5.1 Règlements mutualistes (opérations individuelles)

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, un ou des règlements mutualistes adoptés par le conseil d'administration définissent le contenu et la durée des engagements existants entre les membres participants et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 5.2 Règlements ou contrats collectifs (opérations collectives)

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives peuvent faire l'objet d'un règlement mutualiste auquel adhère l'employeur ou la personne morale, ou d'un contrat collectif composé des conditions générales et particulières et de la notice d'information qu'ils souscrivent auprès de la mutuelle.

Article 5.3 Modification des règlements mutualistes et des contrats collectifs

Concernant les opérations individuelles ou collectives régies par un règlement mutualiste, le conseil d'administration peut apporter aux règlements les modifications qu'il estime nécessaires. Les modifications sont opposables aux membres participants dès leur notification.

En revanche, les modifications des contrats collectifs doivent

être constatées dans un avenant signé par les parties.

ARTICLE 6 - PHILOSOPHIE

La Mutuelle s'interdit toute action, communication ou prise de position ayant une nature politique, syndicale, religieuse, raciale ou sexiste et toute forme de discrimination sur ces mêmes fondements.

ARTICLE 7 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées par la Mutuelle agissant en qualité de responsable de traitement dans le cadre de la passation et de la gestion de l'adhésion du membre participant à un contrat ou règlement mutualiste, de l'exécution d'opérations techniques nécessaires à la mise en œuvre des garanties et des prestations, de la gestion des réclamations et du contentieux, de l'organisation d'actions de prévention, de l'élaboration d'enquête et de gestion de la satisfaction, du contrôle interne, des actions commerciales, de la lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et plus généralement à des fins d'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Aucune information recueillie ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Tout membre participant et ayant droit dispose d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement des données personnelles le concernant, sous réserve que la Mutuelle puisse continuer à gérer ses cotisations et prestations.

Sous la même réserve, il a également la possibilité de s'opposer ou de demander une limitation du traitement de ses données. L'ensemble de ces droits peut être exercé par email à dpo@mutuellelmp.fr ou par courrier au délégué à la protection des données de la Mutuelle Les Ménages Prévoyants – 7/11, rue Albert Sarraut 78000 Versailles.

Pour disposer d'informations plus complètes sur les fondements légaux des traitements, les destinataires des données, les durées de conservation, ainsi que toutes autres informations sur leurs droits, les membres participants peuvent consulter la rubrique « Données personnelles » sur le site internet de la Mutuelle. S'ils estiment, après avoir contacté la Mutuelle, que leurs droits informatiques et libertés ne sont pas respectés, ils peuvent adresser une réclamation à la CNIL.

CONDITIONS D'ADHÉSION

ARTICLE 8 - LES MEMBRES

Article 8.1 Définition des membres participants

La Mutuelle se compose exclusivement de membres participants, désignés par « les membres » dans ce qui suit. Les membres sont des personnes physiques qui adhèrent à la Mutuelle à titre individuel ou dans un cadre collectif, et qui règlent ou pour lesquelles est réglée une cotisation, et qui bénéficient pour elles-mêmes et, le cas échéant, pour leurs ayants droit, des prestations de la Mutuelle.

Les enfants seuls de plus de 16 ans peuvent être membres participants dès l'instant où ils sont immatriculés à la sécurité sociale. Dès lors qu'ils en font la demande non équivoque, l'intervention du représentant légal n'est pas nécessaire.

La Mutuelle s'interdit notamment de subordonner l'adhésion à des critères d'âge ou d'état de santé, mais elle se réserve toutefois le droit de mettre en place, dans certains de ses règlements mutualistes non responsables, des périodes de stage ou de carence pour le bénéfice de certaines prestations. La Mutuelle peut également définir ses cotisations en fonction de l'âge des membres et/ou de leurs ayants droit.

Article 8.2 Définition des ayants-droit

Les ayants droit des membres qui bénéficient comme tels des prestations de la Mutuelle sont les personnes physiques mentionnées sur le bulletin d'adhésion et, le cas échéant, ses avenants modificatifs. Peuvent être considérés comme ayant droit d'un membre participant, notamment son conjoint, partenaire de PACS, concubin, ou ses enfants, tels que définis par le règlement mutualiste ou le contrat collectif.

ARTICLE 31 - DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS

Le conseil d'administration peut, sous sa responsabilité et son contrôle, déléguer tout ou partie des pouvoirs qu'il détient, à l'exclusion de ceux qui lui sont spécialement réservés par la loi, au bureau, au Président, à un ou plusieurs administrateurs, ou à une commission. Le conseil d'administration peut à tout moment révoquer les délégations ainsi consenties et y mettre fin sans avoir à en justifier.

ARTICLE 32 - DIRIGEANT OPÉRATIONNEL

Conformément à l'article L.211-14 du Code de la Mutualité, le conseil d'administration nomme, sur proposition du Président du conseil d'administration, le dirigeant opérationnel qui ne peut être un administrateur. Il détermine les pouvoirs qui lui sont délégués en vue de l'accomplissement de ses missions. La nomination et le renouvellement du dirigeant opérationnel sont notifiées à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Le dirigeant opérationnel peut être révoqué à tout moment par le conseil d'administration, par vote majoritaire à scrutin secret sur demande du Président ou de la majorité des administrateurs.

Le dirigeant opérationnel :

- exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration, dans le cadre des orientations déterminées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L.114-17 du Code de la Mutualité ;
- assiste à toutes les réunions du conseil d'administration ;
- a sous son autorité les personnes responsables des fonctions clés suivantes : fonction de gestion des risques, fonction de vérification de la conformité, fonction d'audit interne et fonction actuarielle ;
- soumet à l'approbation du conseil d'administration des procédures définissant les conditions selon lesquelles les responsables de ces fonctions peuvent informer, directement et de leur propre initiative, le conseil d'administration lorsque surviennent des évènements de nature à le justifier ;
- exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la mutuelle et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux assemblées générales, au conseil d'administration et au président.

ARTICLE 33 - RÉMUNÉRATION DES ADMINISTRATEURS

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. Toutefois, en vertu de l'article L.114-26 du Code de la Mutualité, des indemnités et remboursements peuvent être versés aux membres du conseil d'administration, dans les limites et conditions fixées par les lois et règlements en vigueur. De même, la Mutuelle rembourse à l'employeur les rémunérations maintenues pour permettre aux administrateurs salariés, d'exercer leur fonction pendant leur temps de travail, ainsi que les avantages et les charges y afférent. Les administrateurs ne peuvent exercer des fonctions rémunérées par la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter du terme de leur mandat.

Aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou à un dirigeant opérationnel.

Les indemnités versées pour l'exercice de leurs fonctions aux administrateurs ont le caractère de rémunération au sens de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité Sociale.

ARTICLE 34 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRIGEANT OPÉRATIONNEL

Les administrateurs et les dirigeant effectifs, notamment le dirigeant opérationnel, veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une stricte obligation de réserve et de secret professionnel. Les administrateurs sont obligés de faire connaître les différents mandats qu'ils détiennent dans d'autres groupements régis par le Code de la Mutualité et plus généralement, dans tout autre organisme relevant du Code des Assurances. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard. Les dirigeants effectifs, notamment le dirigeant opérationnel, sont tenus de faire connaître, avant leur nomination, toutes activités professionnelles ou fonctions électives qu'ils entendent conserver et d'informer de toute nouvelle situation à cet égard. Les administrateurs et le dirigeant opérationnel doivent satisfaire aux conditions définies à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité. Ils sont tenus de faire connaître à la Mutuelle toute sanction, même non définitive qui serait susceptible d'être prononcée contre eux.

ARTICLE 35 - CONVENTIONS RÉGLEMENTÉES

Article 35.1 Autorisation préalable

Sont soumises à l'autorisation préalable du conseil d'administration devant intervenir au plus tard lors de la réunion du conseil d'administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice :

- toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeant opérationnel ou personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion ;

- toute convention à laquelle un administrateur ou un dirigeant opérationnel est indirectement intéressé ou dans laquelle il traite avec la mutuelle par personnes interposées, ainsi que les conventions intervenant entre la mutuelle et toute personne morale de droit privé si l'un des administra-

teurs, dirigeant opérationnel de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou de façon générale, dirigeant de ladite personne morale ;

- toute convention intervenant entre un administrateur ou un dirigeant opérationnel de la Mutuelle et l'une des personnes morales appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité ;

- lorsque le conseil d'administration de la mutuelle est composé pour plus du tiers de ses membres, d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés issus d'une seule personne morale de droit privé ne relevant pas du Code de la Mutualité, toute convention intervenant entre cette personne morale et un administrateur ou un dirigeant opérationnel de la mutuelle.

Article 35.2 Information du conseil d'administration et du commissaire aux comptes

L'administrateur ou le dirigeant opérationnel intéressé est tenu d'informer le conseil d'administration de la mutuelle dès qu'il a connaissance d'une convention devant être soumise à l'autorisation préalable du conseil d'administration. Lorsqu'il s'agit d'un administrateur, ce dernier ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée. Le Président du conseil d'administration donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisés. Les commissaires aux comptes présentent, sur ces conventions, un rapport spécial à l'assemblée générale sur lequel celle-ci statue. Le ou les intéressés ne prennent pas part au vote. Les conventions sont portées à la connaissance de l'assemblée générale lors de la présentation du rapport spécial du Commissaire aux comptes.

Article 35.3 Nullités

Sans préjudice de la responsabilité de l'administrateur ou du dirigeant opérationnel intéressé, les conventions réglementées et conclues sans autorisation préalable du conseil d'administration peuvent être annulées si elles ont eu des conséquences dommageables pour la mutuelle. L'action en nullité se prescrit par trois ans à compter de la date de la convention. Toutefois si la convention a été dissimulée, le point de départ du délai de la prescription est reporté au jour où elle a été révélée. La nullité peut être couverte par un vote de l'assemblée générale intervenant sur rapport spécial des commissaires aux comptes exposant les circonstances en raison desquelles la procédure d'autorisation n'a pas été suivie. Le ou les intéressés ne prennent pas part au vote.

Article 35.4 Effets à l'égard des tiers

Les conventions approuvées par le conseil d'administration, y compris lorsqu'elles ont été désapprouvées par l'assemblée générale, produisent leurs effets à l'égard des tiers, sauf lorsqu'elles sont annulées dans le cas de fraude. Même en l'absence de fraude, les conséquences préjudiciables à la mutuelle des conventions désapprouvées par l'assemblée générale peuvent être mises à la charge de l'administrateur et éventuellement des autres membres du conseil d'administration.

Article 35.5 Emprunts, cautions et avals

Il est interdit aux administrateurs et au dirigeant opérationnel de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers. Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur et de dirigeant opérationnel, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre. Dans tous les cas, le conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des dirigeants. La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des personnes mentionnées au présent article ainsi qu'à toute personne interposée.

ARTICLE 36 - RESPONSABILITÉ CIVILE

La responsabilité civile des administrateurs peut être engagée individuellement ou solidairement envers la Mutuelle ou les tiers, en raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans la gestion. Si plusieurs administrateurs ont coopéré aux mêmes faits, le tribunal détermine la part contributive de chacun dans la réparation du dommage. L'action en responsabilité contre les administrateurs, à titre individuel ou collectif, se prescrit par trois ans, à compter du fait dommageable ou s'il a été dissimulé, de sa révélation.

PRÉSIDENT, BUREAU ET COMMISSIONS

ARTICLE 37 - ÉLECTION DU PRÉSIDENT

Le conseil d'administration élit parmi ses membres, un Président, qui est élu en qualité de personne physique. Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme à ses fonctions. L'élection du Président du conseil

d'administration a lieu à scrutin secret uninominal majoritaire à un tour. Les candidatures aux fonctions du Président du conseil d'administration doivent être adressées au siège de la Mutuelle par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception aux moins quinze jours francs avant la date de l'élection. En cas d'égalité de suffrages, l'élection est acquise au candidat justifiant de la plus grande ancienneté en qualité de membre participant de la Mutuelle. Le Président est élu pour une durée de 3 ans, qui ne peut excéder la durée de son mandat d'administrateur. Il est rééligible dans la limite de 4 mandats successifs et sous réserve du respect des limites d'âge.

ARTICLE 38 - VACANCE DE LA PRÉSIDENCE

En cas de perte de la qualité d'adhérent, de démission, de décès du Président ou de cessation de son mandat à la suite d'une décision d'opposition 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 est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration, convoqué par un vice-président ou par l'administrateur doyen d'âge, qui assure l'intérim et organise la nouvelle élection dans les meilleurs délais.

ARTICLE 39 - ATTRIBUTIONS DU PRÉSIDENT

Le Président :

- veille au bon fonctionnement de la Mutuelle, dans le respect du Code de la Mutualité et des présents statuts ;
- informe le conseil d'administration des procédures engagées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du Code Monétaire et Financier ;
- représente la Mutuelle en justice tant en demande qu'en défense et dans tous les actes de la vie civile ;
- s'assure que les membres du bureau et les administrateurs sont en mesure de remplir leurs attributions ;
- convoque le conseil d'administration, dont il établit l'ordre du jour, organise et dirige les travaux ; rend compte à l'assemblée générale, organise et facilite le travail des commissaires aux comptes ou de tout autre organe de contrôle et de vérification ;
- engage les dépenses ;
- engage la mutuelle ou l'union à l'égard des tiers même lorsque ses actes ne relèvent pas de l'objet de la mutuelle, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances.

Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle, déléguer certaines de ses attributions à un membre du bureau ou au dirigeant opérationnel.

ARTICLE 40 – BUREAU

Article 40.1 Composition

Au sein du conseil d'administration de la Mutuelle est créé un Bureau composé comme suit :

- le Président du conseil d'administration,
- deux Vice-présidents,
- le Secrétaire général,
- le Trésorier général,
- le Secrétaire adjoint,
- le Trésorier adjoint.

Article 40.2 Élection des membres

Les membres du bureau, à l'exclusion du Président du conseil d'administration, sont élus par le conseil d'administration parmi ses membres. Ils sont élus pour trois ans, lors de la première réunion du conseil d'administration qui suit l'assemblée générale l'ayant instauré ou renouvelé. Ils peuvent être révoqués à tout moment par le conseil d'administration. L'élection des membres du bureau est organisée dans les formes fixées par le conseil d'administration. En cas de vacance, pour quelque motif que ce soit, le conseil d'administration peut pourvoir au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu achève le mandat en cours.

ARTICLE 41 - FONCTIONNEMENT DU BUREAU

Le Bureau se réunit sur convocation du Président du conseil d'administration autant de fois que la bonne marche de la Mutuelle l'exige. La convocation est effectuée par tous moyens, cinq jours francs avant la date de la réunion du bureau, sauf urgence. Le Président du conseil d'administration peut inviter à assister aux réunions du bureau le dirigeant opérationnel et avec l'accord préalable du bureau, toute personne extérieure. Les décisions du Bureau sont prises à la majorité de ses membres présents. En cas d'égalité de suffrages, la voix du Président est prépondérante. Les décisions du Bureau sont portées à la connaissance du conseil d'administration.

ARTICLE 42 - ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DU BUREAU

1. Les vice-présidents

Les vice-présidents secondent le Président. Ils peuvent disposer de délégations spéciales. Ils suppléent le Président en cas d'empêchement de celui-ci, avec les mêmes pouvoirs, dans toutes ses fonctions.

2. Le Secrétaire général et le secrétaire adjoint

Le Secrétaire général a en charge la responsabilité du respect des obligations juridiques de la Mutuelle, notamment en ce qui concerne :

- la rédaction et l'envoi des convocations aux différentes réunions ;
- la rédaction des procès-verbaux et comptes rendus de réunions ;
- la rédaction formelle des pouvoirs et délégations consenties ;
- le respect statutaire de la situation des membres, ayants droit et administrateurs, par la tenue du fichier adhérents ;
- la conservation de toutes archives et documents, et leurs modalités de communication et de conservation.

Le Secrétaire général présente le rapport annuel d'activité aux assemblées générales, dont il assure le bon déroulement. Il est secondé par un Secrétaire adjoint, qui le supplée dans toutes ses attributions en cas d'empêchement.

3. Le Trésorier général et le Trésorier adjoint

Le Trésorier général a en charge l'exécution de toutes les opérations financières et comptables de la Mutuelle. À ce titre, il veille au bon engagement des dépenses et à l'encaissement des recettes, et effectue, après avis de la commission finances, les opérations courantes de gestion des titres et valeurs. Le Trésorier général présente le rapport annuel sur les comptes aux assemblées générales, ainsi que toutes les annexes nécessaires (documents, comptes, états, tableaux), prévues par les lois et règlements en vigueur. Il présente en Bureau et en conseil d'administration les projets de budget, plans de financement, et états intermédiaires de situation de trésorerie, de placement, et d'exécution. Il est secondé par un Trésorier adjoint, qui le supplée dans toutes ses attributions en cas d'empêchement.

ARTICLE 43 – COMMISSIONS

Le conseil d'administration peut, sous son contrôle et sa responsabilité, constituer des commissions, sur les thèmes généraux ou particuliers, qu'il juge utiles au bon fonctionnement de la Mutuelle.

La ou les commissions sont présidées par un membre du conseil d'administration auquel elles rendent compte de leurs travaux et décisions. La ou les commissions se réunissent chaque fois que nécessaire et au minimum trois fois par an.

ARTICLE 44 – DÉLÉGATIONS

À l'exclusion des délégations de pouvoirs consenties aux membres du bureau par le Président du conseil d'administration (article 39) et le conseil d'administration (article 31), les membres du bureau peuvent déléguer tout ou partie de leurs attributions mentionnées à l'article 42 au dirigeant opérationnel, qui peut les subdéléguer sous sa responsabilité. Ce dernier rend compte au Président et au Bureau de la réalisation de ses missions dans le cadre de ces délégations et des subdélégations consenties.

FINANCES

ARTICLE 45 - FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Le fonds d'établissement de la Mutuelle prévu à l'article L.114-4 du Code de la Mutualité est fixé à QUATRE CENT MILLE EUROS (400 000 €). Il est alimenté, le cas échéant, par les droits d'adhésion perçus et qui lui sont dédiés. Le fonds, constitué par prélèvement sur les réserves libres de la Mutuelle, pourra être augmenté, en tant que de besoin, par simple décision de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 46 – RECETTES

Les recettes de la Mutuelle sont valablement constituées par :

- le droit d'adhésion ou frais de dossier éventuellement fixés par l'assemblée générale ;
- les cotisations des membres ;
- tous produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
- les dons et legs mobiliers et immobiliers ;
- toutes recettes compatibles avec les lois et règlements en vigueur et compatibles avec les présents statuts, et notamment les subventions, concours financiers et prêts.

ARTICLE 47 – DÉPENSES

Les dépenses de la Mutuelle comprennent :

- les différentes prestations servies aux membres et/ou ayants droit ;
- les dépenses de fonctionnement et d'investissement ;
- les différentes cotisations et participations financières versées aux instances départementales, régionales et nationales ;
- les cotisations et redevances dues au Système Fédéral de garantie (article L.111-5 du Code de la Mutualité) et à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ;
- toutes autres dépenses entrant dans l'objet social de la mutuelle.

ARTICLE 48 - SÉCURITÉ FINANCIÈRE

Pour sa sécurité et celle de ses adhérents, la Mutuelle adhère au Système Fédéral de garantie (SFG) mis en place par la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

ARTICLE 49 - RÈGLES PRUDENTIELLES

Dans le respect des règles prudentielles édictées par les lois et règlements, la Mutuelle affecte aux différents comptes de réserves les sommes nécessaires. Lesdites sommes sont placées auprès des organismes habilités dans les formes, volumes et degrés de liquidité autorisés ou requis.

ARTICLE 50 - COMITÉ D'AUDIT

Conformément à la réglementation en vigueur, la Mutuelle dispose d'un dispositif de contrôle interne permanent, dont les travaux sont dirigés sous la responsabilité du comité d'audit afin d'assurer :

- la conformité aux lois et règlements ;
 - l'application des instructions et des orientations fixées par le conseil d'administration ;
 - le bon fonctionnement des processus internes de la société, notamment ceux concourant à la sauvegarde des actifs ;
 - la fiabilité des informations financières.
- Celui-ci est constitué de membres administrateurs et/ou de membres non-administrateurs ayant une expertise particulière dans le domaine administratif, financier et comptable désignés par le conseil d'administration.

ARTICLE 51 - COMMISSAIRE AUX COMPTES

L'assemblée générale désigne sur proposition du conseil d'administration, au moins un commissaire aux comptes et un suppléant, conformément à l'article L.114-38 du Code de la Mutualité. Le ou les commissaires aux comptes disposent de tous les pouvoirs et attributions tels qu'ils résultent du Code de la Mutualité et du Code de Commerce en termes de certification de comptes, de communications et d'avis sur les conventions et faits dont ils ont connaissance et ils les consignent dans un rapport spécial. Le ou les commissaires aux comptes joignent à leur rapport général annuel de certification et d'observations sur les comptes des annexes relatives aux éventuels concours financiers, subventions, prêts ou apports consentis par la Mutuelle.

Le commissaire aux comptes est convoqué aux assemblées générales par le Président.

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 52 - DISSOLUTION ET LIQUIDATION

Hormis les cas prévus par les lois et règlements en vigueur, l'assemblée générale peut, dans les règles et formes prévues aux présents statuts, prononcer la dissolution de la Mutuelle. L'assemblée générale fixe le cahier des charges de la liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs, qui peuvent être des administrateurs. La mise en place des liquidateurs rend caducs de plein droit les mandats des administrateurs. L'assemblée générale peut conférer des pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, dont elle approuve le compte de liquidation, et auxquels elle donne valable quits. L'excédent d'actif net disponible est dévolu par décision de l'assemblée générale, à tout organisme, fonds ou personne morale, habilitée à le recevoir, en vertu du Code de la Mutualité et des lois et règlements en vigueur au jour de survenance de la décision.

ARTICLE 53 - HIÉRARCHIE DES NORMES

Les présents statuts, le règlement mutualiste ou le contrat collectif sont, après les lois, les règlements en vigueur et le Code de la Mutualité, évoqués dans cet ordre pour toute interprétation.

Statuts adoptés en assemblée générale le 10/12/2021.

- le ratio, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais de santé et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties ;
- le ratio, exprimé en pourcentage, entre le montant total des frais de gestion de la Mutuelle au titre de ces mêmes garanties et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes ;
- la composition des frais de gestion de la Mutuelle.

ARTICLE 42 - GESTION ÉLECTRONIQUE DES DOCUMENTS

De convention expresse, il est stipulé que la Mutuelle conserve en original et en archives, les fiches d'informations et de conseil, les bulletins d'adhésion valant contrats et les éléments probants (récépissés de recommandés) pour valoir avenant au contrat d'adhésion initial, les mandats de prélèvement SEPA, et les demandes de résiliation. Tous les autres documents adressés par le membre participant à la Mutuelle et inversement sont archivés électroniquement sur son dossier pour une durée maximale fixée en fonction de la nature du traitement et de sa finalité.

ARTICLE 43 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées par la Mutuelle agissant en qualité de responsable de traitement dans le cadre de la passation et de la gestion de l'adhésion du membre participant à la Mutuelle et au règlement mutualiste, de l'exécution d'opérations techniques nécessaires à la mise en œuvre des garanties et des prestations, de la gestion des réclamations et du contentieux, de l'organisation d'actions de prévention, de l'élaboration d'enquête et de gestion de la satisfaction, du contrôle interne, des actions commerciales, de la lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et plus généralement à des fins d'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Tout membre participant et ayant droit dispose d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement des données personnelles le concernant, sous réserve que la Mutuelle puisse continuer à gérer ses cotisations et prestations.

Sous la même réserve, il a également la possibilité de s'opposer ou de demander une limitation du traitement de ses données.

L'ensemble de ces droits peut être exercé par mail à dpo@mutuelleimp.fr ou par courrier au délégué à la protection des données de la Mutuelle Les Ménages Prévoyants - 7/11, rue Albert Sarraut 78000 Versailles.

Pour disposer d'informations plus complètes sur les fondements légaux des traitements, les destinataires des données, les durées de conservation, ainsi que toutes autres informations sur leurs droits, les membres participants peuvent consulter la rubrique « Données personnelles » sur le site internet de la Mutuelle. S'ils estiment, après avoir contacté la Mutuelle, que leurs droits informatique et libertés ne sont pas respectés, ils peuvent adresser une réclamation à la CNIL.

ARTICLE 44 - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

La Mutuelle a mis en place une procédure de traitement des réclamations visant à garantir le respect de la protection de la clientèle pendant toute la vie du contrat.

Ainsi, pour toute réclamation concernant l'application du présent règlement, le membre participant peut en faire part par écrit, à la Mutuelle soit :

- par courrier, à l'adresse suivante : Les Ménages Prévoyants – Service réclamations – 7/11 rue Albert Sarraut, 78000 Versailles,

- depuis son espace adhérents via « Nous contacter » en sélectionnant « Réclamation » dans le sujet de sa demande, - ou par courriel, sur le site internet suivant : www.mutuelleimp.fr (onglets : La Mutuelle LMP puis Réclamation et Médiation puis cliquer sur email en précisant « Réclamation » dans l'objet de votre demande).

La Mutuelle accuse réception de la réclamation sous dix jours ouvrés maximum à compter de la date de réception de la demande qui doit être obligatoirement effectuée par écrit (courriel et/ou courrier), sauf si elle peut apporter la réponse à l'adhérent dans ce délai. La réponse à la réclamation est communiquée à l'adhérent dans un délai n'excédant pas deux mois à compter de sa réception par la Mutuelle.

Le membre participant ou les ayant droits qui ont fait une réclamation écrite peuvent saisir dans l'année qui suit la

réclamation le Médiateur de la Mutualité Française qui étudiera la situation et rendra une décision que la Mutuelle s'engage à étudier avant de rendre sa position. La demande est adressée à l'adresse suivante :

- soit par voie postale à l'adresse suivante :

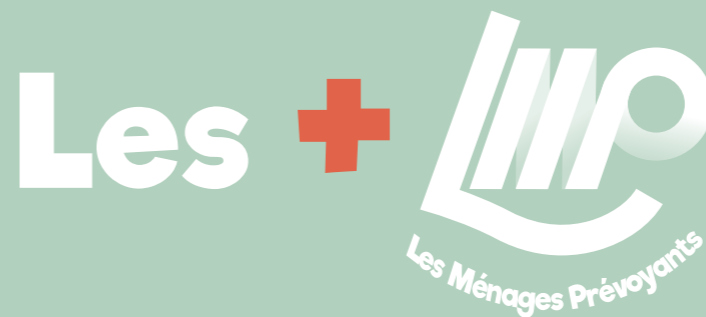
Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF

255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS cedex 15

- soit sur son site internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>
Le règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française est également accessible sur son site internet.

ARTICLE 45 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION

Conformément à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.



Services et assistance inclus dans tous les contrats

Appli mobile

Grâce à l'appli mobile, profitez d'une multitude de services pour simplifier vos échanges avec la mutuelle, effectuer vos démarches en ligne, visualiser et télécharger votre carte de tiers payant, suivre en temps réel vos remboursements, localiser un professionnel de santé... Facilitez-vous la vie, téléchargez-la !

Téléconsultation



Bénéficiez d'une consultation réalisée par un médecin (généraliste ou de toute autre spécialité médicale), à distance 24h/24, 7j/7, grâce à notre partenaire Medaviz. Un guide est à votre disposition sur mutuelleimp.fr.

Deuxième avis médical

Ce partenaire vous propose d'obtenir en ligne un deuxième avis médical auprès d'un médecin expert pour vous aider à faire le meilleur choix thérapeutique. Pour toute information complémentaire, RDV sur mutuelleimp.fr.

Réseau de soins Carte Blanche

Bénéficiez d'équipements dentaires, optiques et auditifs via notre partenaire CARTE BLANCHE qui vous garantit une offre de soins de qualité au juste prix.

Assistance santé et vie quotidienne

Bénéficiez de prestations d'assistance 24h/24, 7j/7, via notre partenaire Fil Assistance (aide-ménagère, garde d'enfants, acheminement de médicaments, aide juridique, etc.). RDV sur mutuelleimp.fr pour plus d'infos.



Commission de fonds de secours

Bénéficiez d'une participation financière exceptionnelle pour pourvoir à la prise en charge de certains actes ou appareils, à des aménagements de domicile à la suite d'une perte d'autonomie ou handicap. Pour toute information, contactez-nous sur cpe@mutuelleimp.fr.

Suivez nous sur nos réseaux sociaux



Tableau de garanties

% de remboursement exprimé en BRSS

(Base de Remboursement de la Sécurité sociale) incluant la prise en charge de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels

		Taux Sécurité sociale	SS + ESSENTIELLE	SS + ESSENTIELLE+	SS + ÉQUILIBRE
SOINS COURANTS	Honoraires médicaux Généralistes, Spécialistes, Visites	70 %	100 %	100 %	100 %
	En parcours de soins				
	Honoraires médicaux Actes techniques médicaux	70 %	100 %	100 %	100 %
	Honoraires médicaux Généralistes, Spécialistes, Visites, Actes techniques médicaux	30 %	60 %	60 %	60 %
	Hors parcours de soins				
	Honoraires paramédicaux Soins infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthophonistes, etc	60 %	100 %	100 %	100 %
	Analyses et examens de laboratoire Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	60 %	100 %	100 %	100 %
	Médicaments Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	15 % à 65 %	100 %	100 %	100 %
	Vaccins Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Matériel médical Orthopédie ou petit appareillage pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	60 %	100 %	100 %	100 %
Soins à l'étranger Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	60 % à 100 %	100 %	100 %	100 %	

DENTAIRE	Soins Pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	70 %	100 %	100 %	100 %
	Prothèses Prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	70 %	100 %	125 % Plafond limité à 500 € la 1 ^{ère} année Plafond limité à 1000 € dès la 2 ^{ème} année	150 % Plafond limité à 1000 € la 1 ^{ère} année Plafond limité à 2000 € dès la 2 ^{ème} année
	Actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire Dents provisoires, rebasage, orthodontie adulte non remboursée, implants, hors parodontologie	-	-	-	120 €/an
	Orthodontie Prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, remboursement versé au semestre	70 % à 100 %	-	-	200 %

OPTIQUE	Report du forfait lunettes et lentilles de 50% si non utilisé dans l'année civile précédente (voir les conditions dans le Règlement Mutualiste)					
	Équipement optique 2 verres + 1 monture	Adultes	60 %	100 %	100 % + 100 €/an	100 % + 150 €/an
		Enfants < 16 ans	60 %	100 %	100 % + 75 €/an	100 % + 100 €/an
	Suppléments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire Prestations d'adaptation, d'appareillage, de prismes	60 %	100 %	100 %	100 %	
	Lentilles Prises en charge ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire	Adultes	60 %	100 %	100 % + 50 €/an	100 % + 80 €/an
Enfants < 16 ans		60 %	100 %	100 % + 30 €/an	100 % + 50 €/an	

		Taux Sécurité sociale	SS + ESSENTIELLE	SS + ESSENTIELLE+	SS + ÉQUILIBRE
AIDES AUDITIVES	Aide auditive Prise en charge limitée à 2 prothèses par an	60 %	100 %	100% + 200 €/an par aide auditive	100% + 300 €/an par aide auditive
	Suppléments pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire Piles, embout, etc.	60 %	100 %	100 %	100 %

HOSPITALISATION	Frais de séjour	80 % à 100 %	100 %	100 %	100 %	
	Honoraires Chirurgiens / Anesthésistes	80 % à 100 %	100 %	100 %	100 %	
	Forfait journalier hospitalier *Médecine, Chirurgie et Obstétrique	En MCO*	-	Frais réels Limité à 100 jours/an	Frais réels Limité à 100 jours/an	Frais réels Limité à 100 jours/an
		Hors MCO	-	-	-	Frais réels Limité à 50 jours/an
	Chambre particulière	En MCO	-	-	-	50 € Limité à 50 jours/an
		Hors MCO	-	-	-	-
	Chirurgie oculaire Glaucome, DMLA hors compléments alimentaires, cataracte	100%	100 %	100 %	100% + 100 €/an	
	Forfait sur les actes lourds	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Transport	65 %	100 %	100 %	100 %		

APPAREILLAGE	Prothèses mammaires Prise en charge limitée à 2 prothèses par an	60 % à 100 %	100 % + 50 €/an	100 % + 100 €/an	100 % + 150 €/an
	Prothèse capillaire Prise en charge limitée à 1 prothèse par an	60 % à 100 %	100 % + 50 €/an	100 % + 100 €/an	100 % + 150 €/an

ACTES DE PRÉVENTION	Tous les actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale Prise en charge limitée à 2 actes par an	60 % à 70 %	100 %	100 %	100 %
---------------------	--	-------------	-------	-------	-------

LES + LMP	Ostéodensitométrie Non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	20 €/an	20 €/an	20 €/an
	Médecines douces Toutes médecines douces non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	20 €/séance Limité à 1 séance/an	30 €/séance Limité à 1 séance/an	30 €/séance Limité à 2 séances/an
	Consultation Podologue-Pédicure Non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	-	-	-	30 €/an
	Assistance santé et vie quotidienne	-	Services et avantages inclus dans tous les contrats pour vous faciliter la vie		
	Commission de Fonds de secours	-			
	Téléconsultation MEDAVIZ	-			
	Deuxiemeavis.fr Obtenez l'avis d'un médecin expert de votre problème de santé	-			
	Réseau de soins Carte Blanche	-			
	Services digitaux Application mobile, extranet personnalisé, paiement en ligne, newsletter	-			
	Bulletin d'information trimestriel RECIPROQUE	-			

L'ensemble des garanties s'entend dans le respect du parcours de soins. Les forfaits sont alloués par bénéficiaire et par année civile, sauf mention contraire. La Mutuelle intervient dans la limite des frais engagés.

Cotisations mensuelles 2023 / personne

	ESSENTIELLE	ESSENTIELLE+	ÉQUILIBRE
0 - 18 ans	19,20 €	24,50 €	31,70 €
19 - 39 ans	25,30 €	30,30 €	37,70 €
40 - 59 ans	38,90 €	53,00 €	60,70 €
60 - 69 ans	54,50 €	63,70 €	74,10 €
70 - 79 ans	68,70 €	82,40 €	100,80 €
80 ans et +	84,00 €	101,00 €	117,90 €

Avantage COUPLE

10% de réduction tarifaire pour le conjoint en cas d'adhésion, sur un même dossier, d'un couple marié, en concubinage ou pacsé.



Avantage FAMILLE

Cotisation gratuite pour le 3^{ème} enfant ayant droit et les suivants, sur un même dossier jusqu'à leurs 18 ans révolus.



Assistance Notice d'information



La **MUTUELLE INTERPROFESSIONNELLE LES MÉNAGES PRÉVOYANTS** a souscrit le contrat collectif n° **F 17 S 0508**, au profit de ses Adhérents et auprès de **FILASSISTANCE**, afin de faire bénéficier ces derniers de garanties d'assistance telles que prévues ci-dessous.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE**, Société Anonyme au capital de 3 500 000 €, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD.

A. CADRE DES GARANTIES D'ASSISTANCE

1. COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?

Téléphone	0810 078 278 (0,06 € la minute + le coût d'un appel local selon opérateur) ou 01 70 36 41 22 (numéro non surtaxé)
Télécopie	+ 33 1 70 36 41 22 (depuis l'étranger)
Adresse email	01 47 11 24 63
Adresse postale	assistance@filassistance.fr
	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud

2. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

2.1 Délivrance des prestations FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en oeuvre les prestations garanties, après accord préalable et sauf stipulation contraire, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (hors jours fériés). Le Bénéficiaire ou son entourage doit impérativement contacter FILASSISTANCE, au numéro de téléphone suivant : **0810 078 278** ou **01 70 36 41 22** préalablement à toute intervention, dans un délai de cinq (5) jours à compter de la survenance de l'évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties, en précisant le numéro de contrat **F17 S 0508**. Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de FILASSISTANCE. À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée. En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

2.2. Conditions d'ordre médical Le choix des moyens à mettre en oeuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de FILASSISTANCE, qui recueille si nécessaire l'avis du médecin traitant. Les montants de prise en charge, la durée de mise en oeuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires. Afin de permettre à l'équipe médicale de FILASSISTANCE de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance. Les pièces médicales devront être adressées sous pli confidentiel à l'attention du service médical de FILASSISTANCE.

2.2. CONDITIONS SPÉCIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE INFORMATIONS « SANTÉ » ET INFORMATIONS « JURIDIQUE ET VIE PRATIQUE »

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone du lundi au vendredi de 9 h 00 à 18 h 00 (hors jours fériés) sur simple appel du Bénéficiaire. En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite. FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans un délai maximal de 72 heures. La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- D'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s).
- Des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées. La prestation d'« informations santé » a pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter l'Adhérent et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer

le médecin traitant. Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription. Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical). Les prestations d'informations « juridique et vie pratique » dispensées par FILASSISTANCE ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc. Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire et ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971.

3. QUI PEUT BÉNÉFICIER DES GARANTIES ?

Ont la qualité de Bénéficiaires, l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s) et ascendants fiscalement à charge et vivant sous le même toit ainsi que toute autre personne désignée dans la garantie comme destinataire de la prestation servie. Les Bénéficiaires doivent résider en France telle que définie ci-dessous.

4. OU S'APPLIQUENT LES GARANTIES ?

Les garanties d'assistance fournies par FILASSISTANCE s'appliquent en France telle que définie ci-dessous. Elles sont fournies exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent, telle que définie ci-dessous.

5. QUELLE EST LA PÉRIODE DES GARANTIES ?

La présente Notice prend effet à compter du 1^{er} mars 2017 et couvre les événements garantis survenus au plus tôt à compter de cette date. Les Bénéficiaires peuvent solliciter les prestations pendant la période d'adhésion au contrat LES MÉNAGES PRÉVOYANTS, sous réserve du règlement de la cotisation correspondante. Toutefois, le droit à garantie auprès de FILASSISTANCE cesse pour chaque Adhérent : En cas de cessation de l'adhésion au contrat LES MÉNAGES PRÉVOYANTS ; En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° F 17 S 0508 ; En cas de non-paiement de la cotisation conformément aux dispositions prévues à l'article L113-3 du Code des assurances.

B. DÉFINITIONS

Les Parties entendent les termes ci-dessous selon les définitions suivantes :

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure.

Actes de la vie quotidienne : Se lever/se coucher, s'habiller, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son domicile

Adhérent/Assuré : Toute personne physique, adhérent à la

Mutuelle Interprofessionnelle Les Ménages Prévoyants, bénéficiaire du contrat collectif d'assistance n° F 17 S 0508.

AGGIR : Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.

Aidant : Personne qui assiste l'Adhérent en état de dépendance ou de handicap. L'aide apporte une aide quotidienne à l'Adhérent dépendant ou handicapé pour les actes de la vie quotidienne. Sauf clause contraire, l'Aidant devra avoir le même domicile ou visiter quotidiennement à domicile l'Adhérent dépendant ou handicapé.

Aide à domicile : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement tels que le ménage, le repassage, l'aide aux repas ainsi que les courses de proximité.

Animaux de compagnie : Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull-terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ».

L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.

Assuré aidant : L'Adhérent qui assiste un proche en état de dépendance ou de handicap. L'Assuré aidant apporte une aide quotidienne à son proche dépendant ou handicapé pour les actes de la vie quotidienne. Sauf clause contraire, l'Assuré aidant devra avoir le même domicile ou visiter quotidiennement à domicile son proche dépendant ou handicapé.

Atteinte corporelle : Blessure ou maladie causant une dégradation significative de l'état de santé de l'Adhérent qui fait courir un risque élevé de séquelles invalidantes ou de décès si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Auxiliaire de vie : Intervenante qui facilite le lever, le coucher, la toilette et les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers), dans le but de maintenir la personne à son domicile.

Bénéficiaire : Toute personne désignée à l'article 3 du paragraphe A, ci-avant.

Conjoint : Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps ; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° F 17 S 0508. Dépendance/Perte d'autonomie : État de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.

Dépendant : Le proche de l'Adhérent qui est reconnu dépen-

gant (équivalent GIR 4 au sens de la grille AGGIR). **Domicile** : Le foyer fiscal, la résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion, ou la résidence secondaire

Équipe médicale : Médecins de FILASSISTANCE. **Évènement** : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de FILASSISTANCE.

France : France métropolitaine y compris la Corse et la Principauté de Monaco.

Handicap : Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie 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. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Hospitalisation : Tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical.

Immobilisation : État d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile. **Maladie** : Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

Maladie soudaine : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, non consécutive à une maladie préexistante, constatée par une autorité médicale compétente.

Titre de transport : Dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1^{er} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.

Zone de résidence : Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine y compris la Corse et la Principauté de Monaco zone couvrant la France métropolitaine, la Corse et la Principauté de Monaco.

C. PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance qui suivent seront octroyées sous les conditions et dans les limites prévues par le tableau de synthèse des garanties (chapitre E).

1. INFORMATIONS JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE

Renseignements réglementaires

• Justice/défense/recours : à qui vous adresser, comment porter plainte, juridictions civiles, juridictions administratives, juridictions pénales, frais de justice, aide judiciaire, amendes pénales, etc.

• Sociétés/commerçants/artisans/affaires : professions libérales, professions commerciales et industrielles, professions artisanales, sociétés commerciales, TVA et autres taxes, assurances professionnelles, aide-mémoire de formalités, frais d'installation.

• Assurances sociales/allocations/retraites : salaires, fonction publique, commerce, artisanat, professions libérales, agriculteurs, prestations familiales, accidents du travail, pension de réversion des salariés, pension de réversion des non-salariés, aide sociale, etc.

• Impôts/fiscalité : imprimés à remplir, traitements et salaires, revenus fonciers, BIC, BNC, BA, plus-values, charges déductibles, calcul de l'impôt, impôts locaux, réclamations, paiements, contrôles, etc.

• Famille : régimes matrimoniaux, grossesse, naissance, adoption, éducation des enfants, émancipation des mineurs, union libre, divorce, succession, décès, handicapés, etc.

Renseignements vie pratique

• Habitation/logement : acquisition, construction, financement, bail, congés, copropriété, vente, achat en viager, résidence secondaire, urbanisme, expropriation, les professionnels et l'immobilier, organismes à consulter, etc.

• Consommation : argent et chèques dans la vie quotidienne, santé, personnel de maison, protection de la vie privée, l'énergie dans la vie quotidienne, automobile, vivre mieux (nouvelles brèves et conseils) etc.

• Vacances/loisirs : Vacances en famille, enfants et adolescents, camping, caravaning, voyages organisés, centres et mouvements de jeunesse, activités de plein air, activités culturelles, loisirs du 3^e âge, vacances à l'étranger, votre argent en vacances, etc.

• Formalités/cartes/permis : état civil, passeport, casiers judiciaires, cartes et permis divers, obligations militaires, déménagements, etc.

• Les services publics : EDF/GDF, opérateurs téléphoniques, SNCF, la Mairie, la Préfecture, le Médiateur : pour quels services ? À qui s'adresser ? Comment ?

• Enseignement/formation : école maternelle, primaire, secondaire, après le baccalauréat, bourses du second degré, aides financières pour étudiants, téléenseignements, collèges et lycées spéciaux, etc.

Renseignements divers dépannage

FILASSISTANCE recherche et communique les numéros d'appel téléphoniques :

• des taxis, gares SNCF, aéroports, loueurs de véhicules,

gendarmeries, etc. • des entreprises de dépannage situées dans un rayon de 30 km du domicile, telles que : plomberie, menuiserie, électricité, serrurerie, vitrerie, etc.

Cette prestation se limite à communiquer un ou plusieurs numéros de téléphone. FILASSISTANCE ne saurait, en aucun cas, recommander une entreprise, ni être responsable de la qualité du travail exécuté par le réparateur ou de la rapidité de son intervention.

Les éventuels frais engagés seront à la charge de l'Adhérent.

2. INFORMATIONS SANTÉ

FILASSISTANCE fournit à l'Adhérent un service d'informations santé portant sur les domaines suivants :

• **Prévention** : vaccinations, prévention bucco-dentaire, allergies, diététique, dépistage et prévention des cancers, des maladies cardio-vasculaires... ;

• **Mode de vie** : facteurs de risques et hygiène de vie (tabac, drogue, alcool, pollution, alimentation)... ;

• **Techniques nouvelles** : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, médecines douces, transplantations et greffes... ;

• **Données administratives** : aides au maintien à domicile des personnes âgées, prise en charge de la dépendance, structures d'accueil médicalisées... ;

• **Examens médicaux** : information sur la nature des divers examens et analyse (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographie)... ;

• **Coordonnées utiles** : centres de consultation spécialisés, associations de patients, établissements spécialisés (rééducation, désintoxication, thermalisme).

Sans se substituer au médecin traitant, FILASSISTANCE peut aussi répondre aux questions générales d'ordre médical ou diététique (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone).

FILASSISTANCE aide à la recherche, en accord avec le médecin traitant, des centres de cures spécialisés en France correspondants à l'état de santé de l'Adhérent.

3. RECHERCHE D'UN MÉDECIN, D'UNE INFIRMIÈRE OU D'UN INTERVENANT PARAMÉDICAL

En l'absence de médecin traitant, FILASSISTANCE apporte son aide à l'Adhérent pour trouver un médecin de garde, une infirmière ou un intervenant paramédical, au domicile de l'Adhérent. En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être engagée si aucun médecin n'était disponible. Les frais de visite restent à la charge de l'Adhérent.

4. ACHEMINEMENT DES MÉDICAMENTS

FILASSISTANCE organise l'acheminement des médicaments au domicile de l'Adhérent, si celui-ci est immobilisé et s'il s'agit, selon la prescription médicale, de médicaments indispensables au traitement immédiat de son problème de santé. Cette garantie s'applique si l'Adhérent ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le simple renouvellement d'ordonnance. FILASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 km autour du domicile de l'Adhérent, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

Le coût du ou des médicaments ainsi que les frais d'acheminement seront pris en charge financièrement par l'Adhérent.

5. TRANSMISSION DES MESSAGES URGENTS

En cas de besoin, FILASSISTANCE se charge de transmettre les messages urgents de l'Adhérent ou de son Conjoint à leurs proches. D'une manière générale la retransmission des messages est subordonnée à :

• une justification de la demande, • une expression claire et explicite du message à retransmettre,

• une indication précise des noms, prénoms, adresse complète et éventuellement, numéro de téléphone de la personne à contacter. Cette transmission sera effectuée sous la responsabilité de l'Adhérent ou de son Conjoint.

6. PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue et les frais d'hébergement d'un proche, habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent, afin de lui permettre de se rendre au chevet de la personne désignée dans le tableau de synthèse.

7. GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS

Si personne ne peut s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint, restés seuls au domicile, FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

• La garde à domicile ; • OU l'accompagnement des enfants à l'école ; • OU le transfert accompagné de ces enfants, chez un proche habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent ; • OU la venue d'un proche habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au domicile.

8. GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS DÉPENDANTS

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants de l'Adhérent ou de son Conjoint vivant habituellement au domicile et restés seuls, FILASSISTANCE organise et prend

en charge l'une des prestations ci-dessous, choisie par l'Adhérent/son Conjoint :

• La garde à domicile ; • OU le transfert accompagné de ces personnes, chez un proche habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent ; • OU la venue d'un proche habitant dans la zone de résidence de l'Adhérent, jusqu'au domicile.

9. AIDE À DOMICILE

FILASSISTANCE met à disposition et prend en charge une aide à domicile, dans les conditions prévues dans le tableau de synthèse ci-dessous. Un certificat médical devra être adressé à FILASSISTANCE avant la mise en œuvre de la prestation garantie.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Adhérent/de son Conjoint, par le service médical de FILASSISTANCE.

10. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Si personne n'est en mesure de s'occuper des animaux de compagnie de l'Adhérent, FILASSISTANCE organise et prend en charge (hors frais de toilette et frais de soins vétérinaires) leur garde à l'extérieur ou leur entretien à domicile, sous réserve que ceux-ci aient été vaccinés.

11. TÉLÉASSISTANCE POUR SÉCURISER LA CONVALESCENCE

L'Adhérent âgé de 65 ans et plus ayant effectué un séjour à l'hôpital de plus de 10 jours pourra demander à bénéficier de la mise à disposition d'un service de téléassistance à domicile (Prévifil) à compter de son retour au domicile pour une durée de 3 mois maximum. À tout Adhérent âgé de 75 ans et plus ayant effectué un séjour hospitalier supérieur à 24 heures, FILASSISTANCE proposera la mise à disposition d'un service de Téléassistance à domicile (Prévifil) à compter de son retour au domicile pour une durée de 3 mois maximum. Au-delà de 3 mois, l'Adhérent aura la possibilité, s'il le souhaite, de prolonger cette mise à disposition dans le cadre d'un abonnement individuel à sa charge. Le service de téléassistance permet de garder contact privilégié avec l'extérieur, d'accéder à des services de proximité et à la fonction de téléassistance. D'un simple geste, l'Adhérent peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler. Les prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels sont les suivantes :

• Écoute 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 d'une équipe spécialisée. • Dialogue, si nécessaire, avec une équipe médicale.

• Mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (sans prise en charge).

12. AIDE À LA CONSTITUTION DU DOSSIER DE FINANCEMENT D'UN SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE

À la demande de l'Adhérent, une assistante sociale de FILASSISTANCE réalise une évaluation de sa situation et l'aide dans les démarches auprès des organismes concernées (Conseil Général, Caisse de Retraite, Mairie, etc.) pour l'obtention d'une aide au financement d'un service de téléassistance.

13. GARDE DE L'ENFANT MALADE OU ACCIDENTÉ

En cas de maladie soudaine ou d'accident, obligeant un des enfants âgés de moins de 16 ans de l'Adhérent ou de son Conjoint à rester au domicile et si aucune personne ne peut rester à son chevet, FILASSISTANCE organise et prend en charge la garde à domicile de l'enfant ou la venue d'un proche jusqu'au domicile.

L'appréciation du médecin traitant, certifiant la nécessité de maintien à domicile pour maladie soudaine ou accident, doit être confirmée par l'envoi d'un certificat médical établi avant l'appel préalable de l'Adhérent.

La mise à disposition d'un intervenant ne s'applique qu'au-delà du congé pour enfant malade prévu légalement ou conventionnellement.

14. ÉCOLE À DOMICILE

FILASSISTANCE organise et prend en charge, dès le 1^{er} jour d'absence scolaire de l'enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint, un répétiteur scolaire se déplaçant au domicile de l'Adhérent, pour lui dispenser des cours préparatoires à la classe terminale dans les matières suivantes : français, mathématiques, langues étrangères (1^{re} et 2nde langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles.

Cette prestation est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, telle que définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs scolaires dans un rayon de 25 km du domicile et ne s'applique pas pendant les vacances scolaires d'été et les jours fériés. En tout état de cause, cette prestation cesse le dernier jour de l'année scolaire.

Un certificat médical devra être adressé à l'équipe médicale de FILASSISTANCE avant la mise en œuvre de la prestation garantie, indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et précisant que l'enfant, ne peut compte tenu de cette maladie/accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

15. AUXILIAIRE DE PUERICULTURE/TECHNICIENNE

D'INTERVENTION SOCIALE ET FAMILIALE (TISF)

FILASSISTANCE prend en charge la visite d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale au domicile de l'Adhérent.

16. ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL

FILASSISTANCE peut mettre l'Adhérent et/ou son Conjoint en relation avec l'équipe médico-sociale de FILASSISTANCE qui réalisera un bilan de situation du foyer et pourra ensuite l'orienter et l'assister dans les démarches auprès des organismes concernés.

17. ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

L'Adhérent et/ou son Conjoint peut contacter l'équipe médico- psycho-sociale de FILASSISTANCE qui lui assurera une écoute adaptée et/ou l'orientera vers les professionnels assurant une prise en charge psychologique.

18. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERTE D'AUTONOMIE

FILASSISTANCE communique à l'Assuré aidant ou à l'Aidant de l'Adhérent dépendant toutes les informations nécessaires dans le cadre de la survenance de la dépendance d'un proche ou de l'Adhérent, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, FILASSISTANCE met en contact l'Assuré aidant ou l'Aidant de l'Adhérent dépendant avec les organismes concernés

19. ACCOMPAGNEMENT DE L'ADHÉRENT DÉPENDANT

Lorsque l'Aidant de l'Adhérent dépendant, doit s'absenter ou s'il est victime d'un problème de santé, FILASSISTANCE recherche et réalise à sa demande un entretien téléphonique au sujet de l'Adhérent dépendant dont il s'occupe avec pour objectif de l'informer sur les mesures à prendre pour l'aider. FILASSISTANCE informera l'Aidant de l'Adhérent dépendant sur les différentes modalités de règlement des prestataires de services (paiement direct auprès de prestataires agréées pour bénéficier d'avantages fiscaux, avec ou sans chèque emploi-service universel,...).

À partir de cet échange téléphonique avec l'Aidant de l'Adhérent dépendant, FILASSISTANCE établit un plan d'aide à domicile et organise des services au domicile de son proche dépendant (livraison de repas, de courses, de médicaments, aide-ménagère etc.).

Les frais liés aux prestations mises en place pour l'Adhérent dépendant restent à la charge de son Aidant ou de l'Adhérent dépendant.

20. ACCOMPAGNEMENT D'UN PROCHE DÉPENDANT

Lorsque l'Assuré aidant doit s'absenter ou s'il est victime d'un problème de santé, FILASSISTANCE recherche et réalise à sa demande un entretien téléphonique au sujet du proche dépendant dont il s'occupe avec pour objectif de l'informer sur les mesures à prendre pour aider son proche dépendant.

FILASSISTANCE informera l'Assuré aidant sur les différentes modalités de règlement des prestataires de services (paiement direct auprès de prestataires agréées pour bénéficier d'avantages fiscaux, avec ou sans chèque emploi-service universel,...).

À partir de cet échange téléphonique avec l'Assuré aidant, FILASSISTANCE établit un plan d'aide à domicile et organise des services au domicile de son proche dépendant (livraison de repas, de courses, de médicaments, aide-ménagère etc.).

Les frais liés aux prestations mises en place pour le proche dépendant restent à la charge de l'Assuré aidant.

21. AIDANT DE REMPLACEMENT

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'une auxiliaire de vie ou d'une aide à domicile, le transfert du proche dépendant au domicile de la personne désignée par l'Assuré aidant ou bien la venue d'un proche désigné par l'Assuré aidant au domicile du proche dépendant pouvant accueillir le proche dépendant.

La personne désignée par l'Assuré aidant doit habiter dans la même zone de résidence de l'Assuré aidant.

22. AIDE À LA CONSTITUTION DE DOSSIER

FILASSISTANCE aide l'Assuré aidant dans la constitution du dossier lié à la dépendance d'un proche devenu dépendant (par exemple pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée).

23. BILAN PRÉVENTION AUTONOMIE

À la demande de l'Assuré aidant/l'Aidant de l'Adhérent dépendant ou handicapé, l'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés..., réalise un « bilan prévention autonomie ». Le bilan prévention autonomie de FILASSISTANCE aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (notamment l'isolement social, l'entretien du domicile, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habilillage) et permet à l'Assuré aidant ou à l'Aidant de l'Adhérent dépendant de favoriser le maintien à domicile du proche ou de l'Adhérent dépendant/ handicapé et de préserver sa qualité de vie. L'équipe de FILASSISTANCE délivre des informations

et des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pour accompagner l'Assuré aidant/ l'Aidant de l'Adhérent dépendant dans les démarches de maintien à domicile du proche ou de l'Adhérent dépendant ou handicapé.

En fonction des besoins recensés par l'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE, un spécialiste (ergothérapeute ou autre) pourra réaliser un diagnostic plus complet par téléphone sur l'aménagement de son habitat et de son environnement et proposer ainsi des solutions de prévention (pour éviter les hospitalisations ou les rechutes, rééducation, réadaptation afin d'améliorer l'indépendance, proposition d'aide spécifique au handicap, etc.) en synergie avec de différents intervenants locaux tels que des spécialistes dans l'aménagement du domicile, des fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateurs de véhicules, etc..

Les éventuels frais engagés sont à la charge de l'Assuré aidant/ Aidant de l'Adhérent dépendant ou handicapé ou à celle de proche ou de l'Adhérent dépendant ou handicapé.

24. BILAN DE SITUATION

FILASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'une infirmière au domicile de l'Adhérent ou d'un proche dépendant/ handicapé pouvant délivrer des conseils à l'Aidant de l'Adhérent dépendant/handicapé ou à l'Assuré aidant en fonction de la pathologie/état de santé de l'Adhérent ou proche dépendant/ handicapé ainsi que la formation de l'Aidant/Assuré aidant aux gestes à effectuer au quotidien (des bonnes pratiques en matière de prévention, les aspects psychologiques etc.).

25. AIDE À LA RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS TEMPORAIRES OU PERMANENTS POUR L'ADHÉRENT DÉPENDANT OU HANDICAPÉ

FILASSISTANCE recherche et indique à l'Adhérent dépendant ou handicapé, les établissements médicaux spécialisés qui peuvent le recevoir de façon temporaire ou permanente, **sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.** Si l'Adhérent dépendant ou handicapé le souhaite, FILASSISTANCE réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.** Le coût du lit reste à la charge de l'Adhérent dépendant ou handicapé.

26. AIDE À LA RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS TEMPORAIRES OU PERMANENTS POUR LES PROCHEs DÉPENDANTS OU HANDICAPES DE L'ASSURE AIDANT
FILASSISTANCE recherche et indique à l'Assuré aidant les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir de façon temporaire ou permanente son proche dépendant/ handicapé, **sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué les accueillera.**

Si l'Assuré aidant le souhaite, FILASSISTANCE réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.** Le coût du lit reste à la charge de l'Assuré aidant.

27. CONSEIL EN RESSOURCES SOCIALES

L'équipe pluridisciplinaire de FILASSISTANCE aide l'Assuré aidant ou son proche dépendant/handicapé à établir un état des dépenses et des revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa situation financière et sociale. Selon la situation du proche dépendant/handicapé, FILASSISTANCE conseille sur les financements possibles et l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant le met en relation avec les services sociaux locaux. Cet accompagnement personnalisé se termine par un appel de clôture avec l'Assuré aidant ou avec son proche dépendant/ handicapé afin de faire le bilan sur sa situation et sur les aides financières et prestations sociales perçues.

28. TRANSPORT POUR UN EXAMEN OU UN RENDEZ-VOUS MÉDICAL

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'Adhérent dépendant ou handicapé lieu du rendez- vous situé dans un rayon de 50 km autour du domicile.

29. MAINTIEN DANS L'EMPLOI DE L'ADHÉRENT DÉPENDANT OU HANDICAPÉ

FILASSISTANCE informe et oriente l'Aidant de l'Adhérent dépendant/ handicapé ou l'Adhérent dépendant/handicapé dans sa démarche de maintien dans l'emploi dans les domaines suivants :

• Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle du dossier MDPH, renseignements sur les accords de branche ou d'entreprise (mission handicap,...),• Conseils et orientation vers les structures de maintien dans l'emploi notamment le SAMETH, l'AGEFIPH,... pour une étude ergonomique ou autre du poste de travail, de l'aménagement extérieur, intérieur,
• Informations sur les rôles de la médecine du travail, du médecin conseil, des services sociaux, sur les processus de

retour à l'emploi, les aides possibles aussi bien en termes d'aménagement de poste de travail que de temps partiel ou d'allocation financière.

30. MAINTIEN DANS L'EMPLOI D'UN PROCHE DÉPENDANT OU HANDICAPE DE L'ASSURE AIDANT

FILASSISTANCE informe et oriente l'Assuré aidant ou son proche dépendant/handicapé dans sa démarche de maintien dans l'emploi dans les domaines suivants :• Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle du dossier MDPH, renseignements sur les accords de branche ou d'entreprise (mission handicap,...),• Conseils et orientation vers les structures de maintien dans l'emploi notamment le SAMETH, l'AGEFIPH,... pour une étude ergonomique ou autre du poste de travail, de l'aménagement extérieur, intérieur,...• Informations sur les rôles de la médecine du travail, du médecin conseil, des services sociaux, sur les processus de retour à l'emploi, les aides possibles aussi bien en termes d'aménagement de poste de travail que de temps partiel ou d'allocation financière.

31. AMÉNAGEMENT DU DOMICILE OU DU VÉHICULE DE L'ADHÉRENT DÉPENDANT OU HANDICAPÉ

FILASSISTANCE organise l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) qui prépare l'adaptation du logement de l'Adhérent dépendant ou handicapé. Il est à la disposition de l'Adhérent dépendant ou handicapé dans les domaines suivants :
• conseils sur l'adaptation du logement,• aide et conseil sur l'interprétation du devis des prestataires et des types de travaux proposés,• renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateur sur véhicules, associations. **Les frais liés à l'intervention du spécialiste sont à la charge de l'Aidant de l'Adhérent dépendant ou handicapé ou de l'Adhérent dépendant ou handicapé.**

32. AMÉNAGEMENT DU DOMICILE OU DU VÉHICULE DU PROCHE DÉPENDANT OU HANDICAPE DE L'ASSURE AIDANT

FILASSISTANCE organise l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) qui prépare l'adaptation du logement du proche dépendant ou handicapé de l'Assuré aidant.
• Il est à la disposition du proche dépendant ou handicapé de l'Assuré aidant dans les domaines suivants :• conseils sur l'adaptation du logement,• aide et conseil sur l'interprétation du devis des prestataires et des types de travaux proposés, • renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateur sur véhicules, associations. **Les frais liés à l'intervention du spécialiste sont à la charge de l'Assuré aidant ou de son proche dépendant/handicapé.**

D. CADRE RÉGLEMENTAIRE

1. DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS

Sous réserve que l'Adhérent soit éligible aux prestations d'assistance, FILASSISTANCE délivre et prend en charge lesdites prestations telles que prévues ci-après. Dans le cas où un Adhérent serait contraint d'avancer des frais, pour lesquels FILASSISTANCE a donné son accord préalable, et afin d'obtenir le remboursement de ces dépenses, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que FILASSISTANCE jugerait utile.

Le règlement desdits frais engagés par l'Adhérent, interviendra dans un délai de quinze (15) jours ouvrés suivant la réception desdites pièces par FILASSISTANCE, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

2. SUBROGATION

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, FILASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie. L'Adhérent doit informer FILASSISTANCE de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, de la connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

3. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant à la présente Notice, l'Adhérent consent à ce traitement informatique.

Dans ce cadre, l'Adhérent est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises aux prestataires ou sous- traitants liés contractuellement à FILASSISTANCE intervenants pour l'exécution des garanties d'assistance.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n° 2004- 801 du 6 août 2004, l'Adhérent dispose d'un droit d'accès et de modification relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il devra adresser sa demande, accompagnée

d'une copie (recto/verso) de sa pièce d'identité, à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE – Correspondant CNIL
108, Bureaux de la Colline 92213 SAINT-CLOUD CEDEX
Ou
cil@filassistance.fr

L'Adhérent peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

4. RESPONSABILITÉ

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente Notice. À ce titre, FILASSISTANCE est tenue d'une obligation de moyens dans la réalisation des prestations d'assistance garanties et il appartiendra à l'Adhérent, de prouver la défaillance de FILASSISTANCE. FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis de l'Adhérent, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. À ce titre, FILASSISTANCE sera responsable des dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard de l'Adhérent, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de FILASSISTANCE et un préjudice de l'Adhérent. **En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tels que définis par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).**

5. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 61 rue Taitbout — 75436 PARIS cedex 09.

6. RÉCLAMATIONS

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant :

01 70 36 41 22 qui veillera à répondre dans un délai maximal de dix (10) jours, à compter de la demande. Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le Bénéficiaire pourra adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE – Service Réclamations

108, Bureaux de la Colline 92213 SAINT-CLOUD CEDEX
Cette réclamation pourra également être formulée sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».Une réponse sera alors formulée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de réclamation.Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, FILASSISTANCE enverra un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de dix (10) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation.Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse ci- dessous :

Médiation de l'Assurance

TSA 5011075441 Paris Cedex 09

L'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant

www.mediation-assurance.org
--

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

7. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant de la présente Notice sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.Toutefois, ce délai ne court :

• en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où FILASSISTANCE en a eu connaissance ;• en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Adhérent contre FILASSISTANCE 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 a été indemnisé par ce dernier.

En vertu de l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et notamment la citation en

justice, le commandement de payer, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. 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 FILASSISTANCE à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Adhérent à FILASSISTANCE, en ce qui concerne le règlement des prestations. Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties.

8. FAUSSE DÉCLARATION

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent entraîne la nullité de son adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du Code des assurances. La garantie cesse alors immédiatement. Les primes payées demeurent alors acquises à FILASSISTANCE, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. En revanche, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de son adhésion, conformément aux dispositions de l'article L113-9 du Code des assurances.

Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

9. LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPÉTENTE

La présente Notice est régie par le droit français. Préalablement à toute action en justice, il est convenu que FILASSISTANCE et l'Adhérent rechercheront une solution amiable à leur litige, dans un délai de trente (30) jours, suivant la mise en demeure envoyée par FILASSISTANCE ou l'Adhérent. À défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

10. EXCLUSIONS

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention. Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Adhérent ou le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de FILASSISTANCE :

- des frais engagés sans l'accord préalable de FILASSISTANCE ;
- des frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire ;
- de l'insuffisance ou de l'indisponibilité temporaire de prestataires localement ;
- des états résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par l'article R234-1 du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement ;
- des conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés à l'article L121-8 alinéa 2 du Code des assurances ;
- des cataclysmes naturels ;
- des épidémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire ou l'Adhérent peut détenir ;
- de la participation volontaire de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1^{re} année suivant l'adhésion ;
- d'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans ;
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou interétatique pour toute autorité ou organisme gouvernemental ou non

E. TABLEAU DE SYNTHÈSE DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

PRESTATIONS ACCESSIBLES À L'ADHÉRENT DÈS SON ADHÉSION	
Assistance informations	Du lundi au vendredi de 9h à 18h (hors jours fériés)
Informations juridique et vie pratique	Informations téléphoniques
Informations santé	Informations téléphoniques
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT AU DOMICILE DE L'ADHÉRENT	
Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical	Mise en relation sans prise en charge
Acheminement des médicaments	Organisation sans prise en charge
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 48 HEURES OU D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Transmission des messages urgents	7j/7 et 24H/24
Présence d'un proche au chevet (si aucun proche de l'Adhérent ou de son Conjoint ne réside à moins de 50 Km du lieu d'hospitalisation ou d'immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint)	1 titre de transport A/R 2 nuits maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 160 € TTC
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans	
• Garde au domicile	40 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs
• OU Accompagnement des enfants à l'école	1 A/R par jour pendant 5 jours
• OU Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 titre de transport A/R par évènement
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport A/R par évènement
Garde ou transfert des ascendants dépendants	
• Garde au domicile	40 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs
• OU Transfert accompagné des ascendants chez un proche	1 titre de transport A/R par évènement
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport A/R par évènement
Aide à domicile	20 heures maximum réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs (mise en place de la prestation pendant l'hospitalisation ou suivant la date de retour au domicile)
Garde des animaux de compagnie	30 jours maximum
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE RADIOTHÉRAPIE OU CHIMIOTHÉRAPIE DE L'ADHÉRENT OU DE CONJOINT	
Aide à domicile	4 heures réparties sur les 2 jours suivant chaque séance dans la limite de 20 heures sur la durée du traitement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 10 JOURS D'UN ADHÉRENT ÂGÉ DE PLUS DE 65 ANS OU D'UNE HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 24 HEURES D'UN ADHÉRENT ÂGÉ DE 75 ANS OU PLUS	
Téléassistance pour sécuriser la convalescence	Prise en charge des frais de mise en service + 3 mois de service gratuit (Prévifil)
Aide à la constitution du dossier de financement d'un service de téléassistance	Informations téléphoniques
ASSISTANCE AUX ENFANTS	
Aide à domicile (si l'enfant âgé de moins de 16 ans de l'adhérent ou de son conjoint est hospitalisé)	20 heures maximum réparties sur 10 jours ouvrés/ 1 intervention par année civile et par adhérent
Présence d'un proche au chevet (si l'enfant âgé de moins de 16 ans de l'adhérent ou de son conjoint est hospitalisé à plus de 50 km de son domicile)	1 titre de transport A/R par évènement 7 nuits maximum (frais de nourriture compris) dans la limite de 560 € TTC
Garde de l'enfant malade ou accidenté âgé de moins de 16 ans (2 interventions par année civile pour chaque enfant)	
• Garde au domicile	30 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport A/R par évènement
École à domicile (si l'enfant âgé de l'Adhérent ou de son Conjoint est immobilisé pour une durée supérieure à 15 jours suite à une maladie sou daine ou suite à un accident)	2 heures maximum/jour jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours (mise en place de la prestation pendant l'immobilisation)

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 24 HEURES OU D'UNE IMMOBILISATION À DOMICILE SUPÉRIEURE À 48 HEURES SUITE À UN ACCIDENT OU À UNE MALADIE SOUDAIN DE LA SALARIÉE CHARGÉE DE LA GARDE DES ENFANTS	
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans	
• Garde au domicile	30 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs
• OU Transfert accompagné des enfants chez un proche	1 titre de transport A/R par évènement
• OU Venue d'un proche jusqu'au domicile	1 titre de transport A/R par évènement
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MATERNITÉ	
Auxiliaire de Puériculture/Technicienne d'intervention sociale et familiale (en cas de naissance multiple)	3 heures maximum au cours de la semaine faisant suite au retour au domicile
Aide à domicile (en cas de séjour supérieur à 8 jours en maternité OU de naissance multiple)	20 heures réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs suivant le retour de l'Adhérent ou de son Conjoint au domicile
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT, DE MALADIE OU DE DÉCÈS D'UN PROCHE DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Accompagnement médico-social	Entretien téléphonique
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum et/ou mise en relation avec un psychologue de ville
ACCOMPAGNEMENT PERTE D'AUTONOMIE	
Renseignements sur la perte d'autonomie	Entretiens téléphoniques/Mise en relation sans prise en charge
Accompagnement psychologique	Écoute psychologique par téléphone / 3 consultations maximum (par téléphone ou face à face ou remboursement des frais de consultation dans la limite de 60 € TTC
Accompagnement de l'Adhérent dépendant	Entretien téléphonique/Mise en relation sans prise en charge
Aide à la constitution de dossier	Entretiens téléphoniques
Bilan prévention autonomie	Entretiens téléphoniques
Bilan de situation (en cas de changement de GIR ou d'handicap d'un adhérent)	3 heures par Adhérent dépendant/handicapé
Aide à la recherche d'établissements temporaires ou permanents pour l'adhérent dépendant ou handicapé	Entretiens téléphoniques
Conseil en ressources sociales	Entretiens téléphoniques
Transport pour un examen ou un rendez-vous médical de l'adhérent dépendant ou handicapé	2 fois par an
Maintien dans l'emploi de l'Adhérent dépendant ou handicapé	Entretiens téléphoniques
Aménagement du domicile ou du véhicule de l'Adhérent dépendant ou handicapé	Organisation sans prise en charge
AIDE AUX AIDANTS	
Renseignements sur la perte d'autonomie	Entretiens téléphoniques/Mise en relation sans prise en charge
Accompagnement psychologique	Écoute psychologique par téléphone / 3 consultations maximum (par téléphone ou face à face ou remboursement des frais de consultation dans la limite de 60 € TTC



Les Ménages Prévoyants

Souriez, vous êtes protégés

Accueil & renseignements

AGENCES

Vincennes

11 rue de la Paix
94300 Vincennes

Versailles

11 rue Albert Sarraut
78000 Versailles



mutuelleimp.fr

Service clientèle
01 39 24 60 00



Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
N°SIREN 785 151 689 - Siège social : 7-11 rue Albert Sarraut - 78000 Versailles