Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité Immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 444 590 160, substituée par la mutuelle Intériale, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 775 685 365, dont le siège social est 5 Rue Choron - 75009 PARIS.

STATUTS
RÈGLEMENT INTÉRIEUR
RÈGLEMENT MUTUALISTE

« NOUVELLE OFFRE »

Applicable au 1er janvier 2013

Siège social : 5, rue Choron - 75009 PARIS

SOMMAIRE

A - STATUTS

TITRE I : FORMATION - OBJET - COMPOSITION DE LA MUTUELLE 3

CHAPITRE I - FORMATION - OBJET DE LA MUTUELLE 3

CHAPITRE II - NOTION DE MEMBRES - CONDITIONS D'ADHÉSION - DÉMISSION - RADIATION - EXCLUSION 3

SECTION 1 - ADHÉSION 3

SECTION 2 - DÉMISSION - RADIATION - EXCLUSION 3

TITRE II : ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE 4

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 4

SECTION 1 - COMPOSITION - ÉLECTION 4

SECTION 2 - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 4

CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION 5

SECTION 1 - COMPOSITION - ÉLECTION 5

SECTION 2 - RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 5

SECTION 3 - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 6

SECTION 4 - STATUT DES ADMINISTRATEURS 6

CHAPITRE III - PRÉSIDENT, BUREAU ET COMITÉ D'AUDIT 6

SECTION 1 - ÉLECTION ET MISSIONS DU PRÉSIDENT 6

SECTION 2 - ÉLECTION ET COMPOSITION DU BUREAU 7

CHAPITRE IV - LA MUTUELLE ET L'EUROPE 7

CHAPITRE V - ORGANISATION FINANCIÈRE 7

SECTION 1 - PRODUITS ET CHARGES 7

SECTION 2 - MODES DE PLACEMENT OU DE RETRAIT DES FONDS, RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE 7

SECTION 3 - LE COMMISSAIRE AUX COMPTES 7

SECTION 4 - FONDS D'ÉTABLISSEMENT 8

TITRE III : INFORMATION DES ADHÉRENTS 8

TITRE IV : ADHÉSION À L'UMG « GROUPE INTÉRIALE » 8

TITRE V : DISPOSITIONS DIVERSES 8

B - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

TITRE I : FORMATION - OBJET - COMPOSITION DE LA MUTUELLE 9

CHAPITRE I - FORMATION - OBJET DE LA MUTUELLE 9

CHAPITRE II - NOTION DE MEMBRES - CONDITIONS D'ADHÉSION - DÉMISSION - RADIATION - EXCLUSION 9

SECTION 1 - ADHÉSION 9

TITRE II : ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE 9

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 9

SECTION 1 - COMPOSITION - ÉLECTION 9

CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION 9

SECTION 3 - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 9

TITRE III : INFORMATION DES ADHÉRENTS 9

TITRE V : DISPOSITIONS DIVERSES 9

C - RÈGLEMENT MUTUALISTE

TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES 10

TITRE II : GARANTIE FRAIS DE SANTÉ 13

CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES APPLICABLES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ 13

SECTION 1 - LES PRESTATIONS AFFÉRENTES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ 13

SECTION 2 - LES COTISATIONS AFFÉRENTES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ 14

CHAPITRE 2 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES APPLICABLES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ : OFFRE JEUNE 14

TITRE III : ASSISTANCES, ASSURANCES ET SERVICES LIÉS À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ 14

TITRE IV : RÉSEAU DE SANTÉ 15

TITRE V : ACTION SOCIALE 15

TITRE VI : GARANTIES PRÉVOYANCE 15

CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS COMMUNES APPLICABLES AUX GARANTIES PRÉVOYANCE 15

CHAPITRE 2 - GARANTIE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE 15

CHAPITRE 3 - GARANTIES PRÉVOYANCE FACULTATIVES 15

TITRE VII : CAUTION SOLIDAIRE 15

D - ANNEXES

1 : INTÉRIALE FILIA RESPONSABLE 16

2 : INTÉRIALE FILIA ÉQUILIBRE 17

3 : INTÉRIALE FILIA CONFORT 20

4 : INTÉRIALE FILIA SÉRÉNITÉ 23

5 : PACKS SANTÉ OPTIONNELS 26

6 : ASSISTANCE À DOMICILE 27

7 : PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ / PROTECTION JURIDIQUE PÉNALE PROFESSIONNELLE 31

8 : ASSURANCE SCOLAIRE / ÉTUDIANTE 35

9 : RÉSEAU DE SANTÉ SANTÉCLAIR 38

10 : ACTION SOCIALE 39

11 : DÉMARCHAGE : ARTICLES L. 121-23, L. 121-24, L. 121-25 ET L. 121-26 DU CODE DE LA CONSOMMATION 40

A - STATUTS

TITRE I : FORMATION - OBJET - COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - FORMATION - OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Il est constitué une mutuelle dénommée Intériale Filia, personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 444 590 160.

Article 2 - Siège de la mutuelle

Le siège social de la mutuelle est situé 5, rue Choron - 75009 PARIS.

Article 3 - Objet de la mutuelle

La mutuelle a pour objet de mener des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide dans l'intérêt de ses membres et 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.

Dans ce cadre, elle se propose :

- de fournir à ses membres, dans le cadre d'opérations individuelles, des prestations d'assurances afférentes à la branche 2 – maladie,
- de souscrire au profit de ses adhérents des contrats d'assurance collectifs dans les domaines visés à l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité, en vue de leur offrir des prestations d'assurance qu'elle ne propose pas elle-même,
- de gérer des activités sociales, à titre accessoire, dans les conditions prévues par l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité,
- de permettre à ses membres l'accès aux réalisations sanitaires et sociales et aux prestations d'action sociale d'autres mutuelles ou unions par voie de convention, ou encore des unions ou des associations auxquelles elle adhère à cet effet,
- de communiquer avec ses adhérents en leur adressant chaque fin d'année la feuille d'information qui les informe également des modifications des statuts, du Règlement Intérieur et du règlement mutualiste ainsi que les modalités de participation aux élections des administrateurs et des délégués.

La mutuelle peut également :

- adhérer à une Union Mutualiste de Groupe régie par l'article L. 111-4-2 du Code de la Mutualité ;
- prendre une participation dans toute société civile ou commerciale, par voie de création, d'apport en nature ou en numéraire, de souscription ou d'achat de titres ou droits sociaux, pouvant se rattacher à ses activités et dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité.

La mutuelle participe aussi à la gestion de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU C).

Article 4 - Règlement(s) mutualiste(s)

En application de l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité, un ou plusieurs règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d' Administration définit (définissent) le contenu et la durée des engagements existants entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Le Conseil d'Administration, s'il a reçu délégation de l'Assemblée Générale, comme prévu à l'article 20 des statuts conformément à l'article L. 114-11 du Code de la Mutualité, peut apporter au(x) règlement(s) mutualiste(s) des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à l'Assemblée Générale suivante.

Article 5 - Règlement intérieur

Un Règlement Intérieur, établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, détermine les conditions d'application des présents statuts.

Le Conseil d'Administration peut apporter au Règlement Intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à l'Assemblée Générale suivante.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlement(s) mutualiste(s).

Article 6 - Respect de l'objet des mutuelles

Les organes de la mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité et s'engagent à respecter les principes inscrits dans la Charte de la Mutualité Française.

CHAPITRE II - NOTION DE MEMBRES - CONDITIONS D'ADHÉSION - DÉMISSION - RADIATION - EXCLUSION

SECTION 1 - ADHÉSION

Article 7 - Notion de membre

La mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires.

7.1 Les membres participants

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la mutuelle conformément aux statuts, Règlement Intérieur et règlement(s) mutualiste(s).

7.2 Les membres honoraires

Les membres honoraires sont les personnes physiques qui versent des cotisations, des contributions ou font des dons ou ont rendu des services équivalents sans bénéficier de prestations ou indemnités.
Peuvent également être membres honoraires les personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif auprès de la mutuelle.

7.3 Les ayants droit des membres participants

Les ayants droit sont les personnes physiques qui bénéficient d'un droit en raison de leur situation juridique, fiscale ou financière ou d'un lien familial avec le bénéficiaire direct de ce droit.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont :

1° - le conjoint, concubin, ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité du membre participant, sans condition d'âge,

2° - les enfants du membre participant, assurés sociaux à titre personnel ou en qualité d'ayants droit, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la Nation dont le membre participant est tuteur, ou enfant recueilli,

3° - les enfants du conjoint, concubin, ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité du membre participant,

4° - les autres ayants droit du membre participant, quels qu'ils soient, sans condition d'âge, mais sous réserve qu'ils soient assurés sociaux en qualité d'ayants droit Sécurité sociale du membre participant.

Restent de plein droit en qualité d'ayants droit du membre participant les enfants du membre participant ou du conjoint, concubin ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité avec le membre participant, atteints d'un handicap permanent ; par handicap, il faut entendre une invalidité ouvrant droit au versement de l'allocation aux adultes handicapés en situation de handicap, en fonction des dispositions législatives.

Peuvent sur demande expresse rester en qualité d'ayants droit :

a) les enfants d'un membre participant décédé, pendant un an à compter de la date du décès,

b) les enfants d'un membre participant décédé, orphelins de père et de mère, assurés sociaux à titre personnel ou du chef de leur tuteur légal.

Article 8 - Modes d'adhésion

I. Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité de membre participant, sous réserve d'acceptation par la mutuelle, les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature d'un bulletin d'adhésion et accepté par la mutuelle.

L'admission des membres est décidée par le Conseil d'Administration qui peut, pour ce faire, procéder à des délégations. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du Règlement Intérieur et des droits et obligations définis par le (ou les) règlement(s) mutualiste(s).

Acquiert la qualité de membre honoraire, la personne qui fait acte d'adhésion par la signature d'un bulletin d'adhésion, et dont la candidature est acceptée par le Conseil d'Administration de la mutuelle.

II. Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

- Opérations collectives facultatives :

La qualité de membre participant à la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du Règlement Intérieur et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

- Opérations collectives obligatoires :

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

SECTION 2 - DÉMISSION - RADIATION - EXCLUSION

Article 9 - Démission

I. Dans le cadre d'un contrat individuel, le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans dans les conditions prévues à l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité.

II. Dans le cadre d'opérations collectives à adhésion facultative, le membre participant, l'employeur ou la personne morale peut résilier le contrat collectif tous les ans dans les conditions prévues à l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité. De même, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, la personne morale souscriptrice peut résilier le contrat collectif dans les conditions prévues à l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité.

III. Selon les dispositions de l'article L. 221-10-1 du Code de la Mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. À défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

La demande de démission doit être adressée par lettre recommandée au président de la mutuelle.

IV. En outre pour les opérations individuelles, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties dans les conditions fixées à l'article L221-17 du Code de la Mutualité.

Article 10 - Radiation - Défaut de paiement des cotisations

10-1 Opérations individuelles

À défaut de paiement par le membre participant d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, ses garanties peuvent être suspendues trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension des garanties intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

À défaut de paiement, la mutuelle a alors le droit de résilier ses garanties et de prononcer la radiation dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au premier alinéa du présent article.

10-2 Opérations collectives

La résiliation du contrat collectif à adhésion facultative ou obligatoire entraîne la radiation des membres participants affiliés. Sont également radiés les membres participants affiliés qui ne remplissent plus les conditions définies par le contrat pour pouvoir en bénéficier. Les conditions de résiliation pour le non paiement des cotisations dans les opérations collectives sont définies par l'article L. 221-8 du Code de la Mutualité

Article 11 - Exclusion

Sous réserve des dispositions propres aux mutuelles du livre II du Code de la Mutualité, peuvent être exclus les membres participants :

- qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle ; le membre participant dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration. Elle prend effet dès réception de la notification de la décision du Conseil d'Administration à l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception,
- qui auront de mauvaise foi fait des déclarations inexactes ou auront omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées, conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité.

Article 12 - Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

Sous réserve des dispositions des articles L221-10-1 et L221-17 du Code de la Mutualité visées à l'article 9 III et IV, la démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf stipulations contraires prévues par le règlement mutualiste. La démission, la radiation ou l'exclusion du membre participant entraine celle de ses ayants droits.

Aucune prestation ne peut être servie après la date de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

TITRE II : ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 - COMPOSITION - ÉLECTION

Article 13 - Composition de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale est composée des délégués titulaires.

Ces délégués sont élus par les membres participants et honoraires et chaque délégué dispose d'une voix à l'Assemblée Générale.

Un délégué titulaire dispose d'une voix supplémentaire lorsqu'il est le mandataire d'un délégué titulaire ayant usé de la faculté de voter par procuration.

Article 14 - Election des délégués titulaires et suppléants à l'Assemblée Générale

14.1 Tous les membres participants et honoraires élisent les délégués titulaires et les délégués suppléants pour une durée de six ans.

Leur mandat est renouvelable et prend fin à l'issue de l'élection suivante des délégués titulaires et suppléants.

14.2 Les membres de la mutuelle appartiennent chacun à un collège :

- le collège des membres participants adhérents à la mutuelle à titre individuel,
- le collège des membres participants adhérents à la mutuelle à titre collectif (obligatoire ou facultatif),
- le collège des membres honoraires.

14.3 Les membres participants et les membres honoraires élisent parmi eux les délégués à l'Assemblée Générale de la mutuelle, un délégué titulaire et un délégué suppléant étant élu pour 200 membres. Toute fraction commencée ouvre droit à un poste supplémentaire de délégué titulaire et de délégué suppléant.

Les élections se font au scrutin de liste majoritaire à un tour, sans panachage ni rature.

Plusieurs listes peuvent être établies ; chaque liste devant comporter autant de délégués suppléants que de délégués titulaires.

Afin d'assurer sur une liste la représentativité des différentes catégories de membres de la mutuelle, chaque liste doit comporter au moins obligatoirement un représentant pour chacun des collèges visés à l'article 14.2.

Chaque liste doit aussi s'efforcer, dans sa composition, de refléter la proportionnalité des différents collèges au sein de la mutuelle et ce, au jour de l'appel à la candidature fait par la mutuelle.

Le vote a lieu par voie postale. Le Règlement Intérieur et le protocole électoral déterminent les modalités du scrutin.

SECTION 2 - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 15 - Convocation annuelle obligatoire et autres convocations

I. Convocation annuelle obligatoire :

Le président du Conseil d'Administration convoque l'Assemblée Générale. Il la réunit au moins une fois par an.

À défaut, le président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle, enjoindre sous astreinte les membres du Conseil d'Administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

II. Autres convocations :

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

1° - la majorité des administrateurs composant le conseil,
2° - les commissaires aux comptes,
3° - l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la Mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participant,
4° - un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la Mutualité, à la demande d'un ou plusieurs membre(s) participant(s),
5° - les liquidateurs.

Article 16 - Modalités de convocation et d'information de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale doit être convoquée dans les conditions, moyens et délais fixés par les dispositions légales en vigueur.

L'Assemblée Générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion, sur première convocation et six jours au moins sur deuxième convocation.

Les membres composant l'Assemblée Générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la Mutualité.

La convocation rappelle la possibilité pour chaque délégué titulaire de voter par procuration, ainsi que les modalités d'usage de cette faculté, telles que définies à l'article 19 III. des statuts de la mutuelle.

Article 17 - Ordre du jour

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les délégués, dans la proportion du quart au moins des membres de l'assemblée, peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de projets de résolutions selon les modalités prévues aux articles L. 114-8 (III) et D. 114-6 du Code de la Mutualité.

Leur demande devra être adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au président du conseil d'administration cinq jours au moins avant la date de réunion de l'assemblée générale.

Ces projets de résolutions seront alors inscrits à l'ordre du jour et soumis au vote de l'assemblée.

L'assemblée ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour.

Elle peut, cependant, en toute circonstance révoquer un ou plusieurs membre(s) du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement. Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

Article 18 - Compétences de l'Assemblée Générale

I. L'Assemblée Générale procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation.

II. L'Assemblée Générale est appelée à se prononcer sur :

1° - les modifications des statuts ;
2° - les activités exercées ;
3° - l'existence et le montant des droits d'adhésion ;
4° - le montant du fonds d'établissement ;
5° - les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu du règlement mutualiste défini par l'article L. 114-1, 5ème alinéa du Code de la Mutualité ;
6° - l'adhésion à une union, à une fédération, à une Union de Groupe Mutualiste, ou à une Union Mutualiste de Groupe, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la mutuelle ainsi que la création d'une autre mutuelle ou union ;
7° - les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance ;
8° - l' émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la Mutualité ;
9° - le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire ;
10° - le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
11° - les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe, le cas échéant ;
12° - le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées mentionné à l'article L. 114-34 du Code de la Mutualité ;
13° - le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les livres II et III du Code de la Mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L. 114-39 du même code ;
14° - le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-4 du Code de la Mutualité ;
15° - toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

III. L'Assemblée Générale décide :

1° - de la nomination des commissaires aux comptes ;
2° - de la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
3° - des délégations de pouvoirs prévues à l'article 20 des présents statuts ;
4° - des apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la Mutualité.

Article 19 - Modalités de vote à l'Assemblée Générale

I. Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcée pour être adoptées :

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 20 des présents statuts, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du total des délégués.

À défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents ou représentés représente au moins le quart du total des délégués désignés. Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

II. Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptée :

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres de celles visées au I ci-dessus, l'assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du total des délégués.

À défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre des délégués présents ou représentés désignés à l'article 14.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

En dehors des dispositions prévues par les présents statuts, les votes à bulletins secrets ont lieu chaque fois qu'ils sont demandés par le Conseil d'Administration ou par le tiers au moins des délégués présents. Dans tous les autres cas, ils ont lieu à main levée.

III. Vote par procuration :

Les délégués sont autorisés à voter par procuration, selon les modalités définies ci-après.

Un délégué titulaire peut donner procuration à un autre délégué titulaire. Tout délégué titulaire ne peut détenir qu'une seule procuration.

À compter de la date de la convocation de l'Assemblée Générale, une formule de vote par procuration doit être remise ou adressée aux frais de la mutuelle à tout délégué qui en fait la demande. La mutuelle doit faire droit à toute demande déposée ou reçue au siège social au plus tard six jours ouvrables avant la date de l'Assemblée Générale.

À toute formule de vote par procuration adressée au délégué par la mutuelle, doit être joint le texte des résol utions proposées accompagné d'un exposé des motifs. Le délégué qui vote par procuration doit signer la procuration et indiquer ses nom, prénom usuel et domicile ainsi que les nom, prénom usuel et domicile de son mandataire, obligatoirement délégué titulaire. Il doit adresser la procuration à son mandataire. Le mandat est donné pour une seule assemblée, sauf dans les deux cas visés au dernier alinéa de l'article R. 114-2 du Code de la Mutualité.

Le mandataire adresse par courrier électronique au secrétaire général de la mutuelle la copie de la procuration dûment complétée et signée par le délégué voulant user de la faculté du vote par procuration, au plus tard la veille à midi de la tenue de l'Assemblée Générale.

L'original de la formule de vote sera présenté et remis par le mandataire lors de la signature de la feuille de présence à l'Assemblée Générale.

Article 20 - Délégation de pouvoir de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'Administration.

Cette délégation n'est valable qu'un an.

Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées par l'Assemblée Générale la plus proche.

À défaut de ratification, les délibérations traduisant les actes accomplis dans le cadre de cette délégation n'en demeurent pas moins valables.

Article 21 - Force exécutoire des décisions de l'Assemblée Générale

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres adhérents sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et au Code de la Mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 - COMPOSITION - ÉLECTION

Article 22 - Composition

La mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé d'au moins dix administrateurs et au plus de quinze.

Le Conseil d'Administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants.

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

Toute élection ou nomination intervenant en méconnaissance de cette disposition est nulle.

Article 23 - Présentation des candidatures

Les déclarations de candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au Président de la mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception reçue un mois avant la date de l'Assemblée Générale.

Article 24 - Conditions d'éligibilité - Limite d'âge

Pour être éligibles au Conseil d' Administration, les membres participants doivent :

- être âgés de 18 ans révolus,
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité,
- être âgés de moins de 65 ans lors de l'élection. Le nombre des membres du conseil d'administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du conseil d'administration. Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé.

Lorsqu' il trouve son origine dans l'élection d' un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations.

Ne sont pas pris en compte les mandats détenus dans les mutuelles ou unions constituées en application des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la Mutualité,

Dans le décompte des mandats, sont pris en compte pour un seul mandat, ceux détenus dans les organismes mutualistes faisant partie de l'ensemble soumis à l'obligation d'établir des comptes consolidés ou combinés dans les conditions prévues à l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité.

Dans le décompte des mandats, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les unions qui ne relèvent ni du Livre II ni du Livre III, investies d'une mission spécifique d'animation ou de représentation.

Article 25 - Modalités d'élection

Les administrateurs sont élus par l'ensemble des membres de l'Assemblée Générale.

Ils sont élus, à bulletins secrets, au premier tour, à la majorité absolue ou, au second tour, à la majorité relative.

Article 26 - Durée du mandat

Les membres du Conseil d'Administration sont élus par l'Assemblée Générale pour une durée de six ans. Leur fonction cesse à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote, le cas échéant, le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, et qui est tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les administrateurs cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou honoraire,
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 24 ci-dessus,
- à défaut d'avoir présenté leur démission et dans les conditions définies à l'article L. 114-23 du Code de la Mutualité, lorsqu'ils appartiennent à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations et que leur mandat d'administrateur au sein de la mutuelle est le plus récent,
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité.

Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

Article 27 - Renouvellement du Conseil d'Administration

Le renouvellement du Conseil d'Administration a lieu par tiers tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles, sous réserve des dispositions de l'article 24 des présents statuts.

Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration ou en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Article 28 - Vacance

Dans le cas où le nombre d'administrateurs devient inférieur au minimum légal, du fait d'une ou plusieurs vacance(s), le président du Conseil d'Administration convoque une Assemblée Générale afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

En cas de vacance en cours de mandat pour cause de décès, démission ou toute autre raison, d'un ou plusieurs sièges d'administrateur, et ne remettant pas en cause le minimum légal du nombre d'administrateurs ; le Conseil d' Administration peut, entre deux Assemblées Générales, procéder à des nominations à titre provisoire sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale la plus proche.

Si la nomination faite par le Conseil d'Administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée Générale, les délibérations prises avec la participation de cet (ces) administrateur(s) et les actes accomplis n'en seraient pas moins valables.

L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Article 29 - Démission d'office

Les membres du conseil d'administration peuvent, par décision du conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances.

Cette décision est ratifiée par la plus prochaine assemblée générale.

SECTION 2 - RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 30 - Réunions

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du président et au moins trois fois par an.

Le président établi l'ordre du jour du conseil et le joint à la convocation qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'Administration cinq jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence.

Il peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'Administration qui délibère alors sur cette présence.

Le président du Conseil d'Administration de la mutuelle Intériale et le directeur général de la mutuelle participent de droit aux réunions du Conseil d'Administration.

Article 31 - Délibérations du Conseil d'Administration

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

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

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

SECTION 3 - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 32 - Compétences du Conseil d'Administration

32.1 Compétences générales

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application.

Le Conseil d'Administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

32.2 Compétences spéciales

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président.

À la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte notamment des éléments mentionnés à l'article L. 114-17 du Code de la Mutualité. Il établit, chaque année, le rapport visé à l'article L.116-4 du Code de la Mutualité, qu'il présente à l'assemblée générale, dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L. 116-1 à L. 116-3 du Code de la Mutualité

Sauf lorsqu'une convention de substitution a été conclue, il établit un rapport de solvabilité mentionné à l'article L212-3 du Code de la Mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus values latentes mentionnées à l'article L212-6 du Code de la Mutualité.

Il approuve annuellement :

- un rapport sur le contrôle interne qui est transmis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel,
- sauf lorsqu'une convention de substitution a été conclue, un rapport sur la politique de réassurance.

Le conseil d'administration fixe annuellement les lignes directrices de la politique de placement. Il se prononce en particulier sur les modalités de choix des intermédiaires financiers, sur la gestion des actifs-passifs, et sur les opérations sur les instruments financiers à terme.

Article 33 - Délégations d'attributions par le Conseil d'Administration

Le conseil peut confier l'exécution de certaines missions, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au bureau, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateur(s), soit à une ou plusieurs commission(s).

Le Conseil d'Administration peut confier au bureau toutes attributions qui ne sont pas spécialement réservées au Conseil d'Administration par la loi et l'article L. 114-17 du Code de la Mutualité.

Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Sans préjudice de ce qui est dit à l'article 43, le Conseil d'Administration peut confier au président ou un administrateur nommément désigné le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation et l'exécution de contrats ou type de contrats qu'il détermine, à l'exception des actes de disposition. Le président ou l'administrateur ainsi désigné agit sous le contrôle et l'autorité du Conseil d'Administration, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

SECTION 4 - STATUT DES ADMINISTRATEURS

Article 34 - Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

La mutuelle peut cependant verser des indemnités et rembourser les rémunérations à l'employeur des administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L. 114-26 à L. 114-28 du Code de la Mutualité.

Les administrateurs justifient le versement de ces indemnités par la production annuelle d'un rapport d'activités circonstancié.

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la Mutualité.

Article 35 - Situation et comportements interdits aux administrateurs

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

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

Les anciens membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat. Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles L. 114-32 à L. 114-34 du Code de la Mutualité.

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

Article 36 - Obligations des administrateurs

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel. Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, union ou fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard.

Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la Mutualité.

Article 37 - Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du Conseil d'Administration

Sous réserve des dispositions de l'article 39 des présents statuts, toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration.

Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle par personne interposée ainsi que les conventions intervenant entre la mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs 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.

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur et toute personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité.

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L. 114-35 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisations qui lui sont adressées au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

Article 38 - Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs, telles que définies par un décret pris en application de l'article L. 114-33 du Code de la Mutualité, sont communiquées par ce dernier au président du Conseil d'Administration. La liste et l'objet des dites conventions sont communiqués par le président aux membres du Conseil d'Administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'Assemblée Générale dans les conditions de l'article L. 114-33 du Code de la Mutualité.

Article 39 - Conventions interdites

Il est interdit aux administrateurs ainsi qu' à leurs conjoints, descendants, ascendants et toute personne interposée, 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, 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 administrateurs.

Article 40 - Responsabilité

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la mutuelle

ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

CHAPITRE III - PRÉSIDENT, BUREAU ET COMITÉ D'AUDIT

SECTION 1 - ÉLECTION ET MISSIONS DU PRÉSIDENT

Article 41 - Election et révocation

Le Conseil d'Administration élit à bulletin secret à deux tours parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique. Il peut à tout moment être révoqué par celui-ci.

Le président est élu pour une durée de six ans (et pour une durée qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur). Il est rééligible.

Il ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur dont au plus deux mandats de président du Conseil d'Administration d'une fédération, union ou mutuelle.

Les mandats détenus dans les mutuelles et unions créées en application des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la Mutualité ne sont pas pris en compte dans le décompte des mandats de président, ni ceux détenus dans les fédérations et unions qui ne relèvent ni du Livre II ni du Livre III, investies d'une mission spécifique d'animation ou de représentation.

Dans le décompte des mandats, sont pris en compte pour un seul mandat ceux détenus dans des organismes mutualistes faisant partie d'un ensemble soumis à l'obligation d'établir des comptes consolidés ou combinés dans les conditions prévues à l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité.

Article 42 - Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, il est pour vu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil d'Administration est convoqué immédiatement à cet effet par le vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus jeune.

Article 43 - Missions

Le président du Conseil d'Administration organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale. Il informe le cas échéant le Conseil d'Administration des procédures engagées en application des articles L. 612-30 et suivants du Code Monétaire et Financier.

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

Le président convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour.

Il donne avis au(x) commissaire(s) aux comptes des conventions autorisées en application des articles L. 114-32 et L. 114-34 du Code de la Mutualité.

Il engage les recettes et les dépenses.

Le président représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.
Il est compétent pour décider d'agir en justice ou de défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.
Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier aux salariés de la mutuelle ou mis à la disposition de la mutuelle en vertu d'une convention, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

SECTION 2 - ÉLECTION ET COMPOSITION DU BUREAU

Article 44 - Election
Les membres du bureau sont élus à bulletins secrets pour deux ans par le Conseil d'Administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement total ou partiel du Conseil d'Administration.
Ils sont rééligibles.
Les membres du bureau peuvent être révoqués à tout moment par le Conseil d'Administration.

Article 45 - Composition
Le bureau se compose de la façon suivante :
- un président,
- un vice-président,
- un secrétaire général,
- un trésorier général.

Article 46 - Réunions et délibérations
Le bureau se réunit sur convocation du président, aussi souvent que l'intérêt de la mutuelle l'exige.
Le président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour du bureau et le joint à la convocation qui est envoyée aux membres du bureau cinq jours francs au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.
Le président peut inviter des personnes qualifiées, extérieures au bureau à assister aux réunions de celui-ci.
Le président du Conseil d'Administration de la mutuelle et le directeur général de la mutuelle participent de droit aux réunions du bureau.
Le directeur général participe avec voix consultative sur les décisions administratives, sauf affaires le concernant.

Article 47 - Vice-président
Le vice-président seconde le président qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 48 - Secrétaire Général
Le Secrétaire Général est chargé :
- de la rédaction des procès-verbaux,
- de la conservation des archives,
- de la tenue du fichier des adhérents.

Il effectue toutes les missions qui lui sont confiées par le Conseil d'Administration.
Le Secrétaire Général peut donner délégation de signature à un ou plusieurs administrateurs ou salariés sous son contrôle après autorisation du Conseil d'Administration.
La délégation de signature peut être limitée dans le temps et doit prévoir expressément les droits, obligations et responsabilités du délégataire.

Article 49 - Trésorier Général
Le Trésorier Général effectue les opérations financières de la mutuelle et tient la comptabilité.
Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le président et fait encaisser les sommes dues à la mutuelle.
Il fait procéder selon les directives du Conseil d'Administration à l'achat, à la vente et d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il prépare et soumet à la discussion du Conseil d'Administration :
- les comptes annuels, les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- le rapport prévu au paragraphe m) et le plan prévu au paragraphe n) de l'article L. 114-9 du Code de la Mutualité,
- les éléments visés aux paragraphes a), c), d), et f) ainsi qu'aux deux derniers alinéas de l'article L. 114-17 du Code de la Mutualité,
- un rapport synthétique sur la situation financière de la mutuelle.

Il présente à l'Assemblée Générale un rapport annuel sur la situation financière de la mutuelle.
Le Trésorier Général peut, sous sa responsabilité et sous son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier à des salariés de la mutuelle, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.
La délégation de signature peut être limitée dans le temps et doit prévoir expressément les droits, obligations et responsabilités du délégataire.

Article 50 - Le comité d'audit
Son domaine de responsabilité est défini dans la Charte du Comité d'Audit qui présente ses missions principales.
En application de l'article L823-19 du code de commerce et de l'article L114-17-1 du Code de la Mutualité, un comité d'audit agissant sous la responsabilité exclusive et collective des membres du conseil d'administration, assure notamment le suivi des questions relatives à l'élaboration et aux contrôles des informations comptables et financières.
La composition de ce comité est fixée par le conseil d'administration.
Ce comité peut comprendre deux membres au plus qui ne font pas partie du conseil d'administration mais qui sont désignés par lui en raison de leurs compétences.
Un membre au moins de ce comité doit présenter des compétences particulières en matière financière ou comptable et être indépendant au regard des critères précisés et rendus publics par le conseil d'administration.
Sans préjudice des compétences des organes chargés de l'administration, de la direction et de la surveillance, ce comité, de sa propre initiative ou sur demande du conseil d'administration est notamment chargé d'assurer le suivi :
- Du processus d'élaboration de l'information financière,
- De l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques,
- Du contrôle légal des comptes annuels et, le cas échéant des comptes consolidés par les commissaires aux comptes.

Il est aussi le garant de l'indépendance des commissaires aux comptes.
Les commissaires aux comptes portent à la connaissance du comité d'audit les faiblesses significatives du contrôle interne, pour ce qui concerne les procédures relatives à l'élaboration et au traitement de l'information comptable et financière.
Il émet une recommandation sur les commissaires aux comptes proposés à la désignation de l'assemblée générale.
Il rend compte régulièrement au conseil d'administration et au bureau de l'exercice de ses missions et les informe sans délai de toutes difficultés rencontrées.
Le comité d'audit peut se saisir de toute question en relation avec le contrôle interne de la mutuelle et pouvant avoir une incidence sur sa mission.
La charte du comité d'audit fait régulièrement l'objet de mises à jour soumises à l'approbation du conseil d'administration.

CHAPITRE IV - LA MUTUELLE ET L'EUROPE

Article 51 - Création
Le Conseil d'Administration peut décider d'ouvrir une succursale dans un état membre de la Communauté Européenne ou dans un autre état partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen.

CHAPITRE V - ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION 1 - PRODUITS ET CHARGES

Article 52 - Produits
Les produits de la mutuelle comprennent :
1° - les cotisations des membres participants et des ayants droit non couverts gratuitement,
2° - les dons et legs mobiliers et immobiliers,
3° - les produits résultants de l'activité de la mutuelle,
4° - plus généralement, toute autre recette non interdite par la loi et conforme aux finalités mutualistes de la mutuelle notamment les concours financiers, subventions et prêt.

Article 53 - Charges
Les charges comprennent :
1° - les diverses prestations servies aux membres participants et ayants droit,
2° - les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,
3° - les versements faits aux unions et fédérations mutualistes,
4° - la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
5° - les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds,
6° - les cotisations versées au système fédéral de garantie prévue à l'article L. 111-5 du Code de la Mutualité,
7° - la redevance prévue à l'article L. 612-20 du Code Monétaire et Financier et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel pour l'exercice de ses missions,
8° - plus généralement, toute autre dépense non interdite par la loi et conforme aux finalités mutualistes de la mutuelle.

Article 54 - Vérifications préalables
Les dépenses de la mutuelle sont engagées par le président.
Le trésorier général, responsable de la mise en paiement des charges de la mutuelle, s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératoires.

Article 55 - Apports et transferts financiers
En cas de création de mutuelles définies à l'article L. 111-3 du Code de la Mutualité ou d'unions définies à l'article L. 111-4 du même code, la mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles. Dans ces deux cas, les décisions du Conseil d'Administration devront être soumises à l'approbation de l'Assemblée Générale et ce, conformément à l'article L.114-17 du Code de la Mutualité.

SECTION 2 - MODES DE PLACEMENT OU DE RETRAIT DES FONDS, RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

Article 56 - Placements et retraits des fonds
Les placements et retraits de fonds sont réalisés dans les conditions fixées par la législation en vigueur.

Article 57 - Garantie
La mutuelle adhère au Système Fédéral de Garantie (SFG) de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

SECTION 3 - LE COMMISSAIRE AUX COMPTES

Article 58 - Commissaires aux Comptes
L'Assemblée Générale de la mutuelle, en vertu de l'article L. 114-38 du Code de la Mutualité, nomme, pour six ans, un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du code de commerce.
En cas de substitution de la mutuelle, cette dernière, en application de l'article R. 211-21 du Code de la Mutualité, sera dispensée d'avoir à nommer un commissaire aux comptes en application du cinquième alinéa de l'article L. 211-5 du même code dès que les mandats de ses commissaires aux comptes titulaire et suppléant viendront à expiration ; le commissaire aux comptes de la mutuelle garante certifiant alors les comptes de la mutuelle cédante.

Le commissaire aux comptes :
- certifie le rapport établi par le Conseil d'Administration et présenté à l'Assemblée Générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'Administration,
- prend connaissance de l'avis donné par le président du Conseil d'Administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L. 114-32 du Code de la Mutualité,
- établit et présente à l'Assemblée Générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L. 114-34 du Code de la Mutualité,
- signale sans délai à l'autorité de contrôle prudentiel tous les éléments constitutifs de faits mentionnés à l'article L. 612-44 du code monétaire et financier, sans pouvoir opposer le secret professionnel dans le cadre des instructions que l'autorité de contrôle prudentiel peut être amenée à diligenter, ainsi que les faits de nature à compromettre la continuité de l'exploitation de la mutuelle qu'il relèverait, à l'occasion de l'exercice de sa mission,
- porte à la connaissance du Conseil d'Administration les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le Code de commerce,
- signale dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission,
- joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés par la mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union relevant du Livre III du Code de la Mutualité.

Le mandat du commissaire aux comptes prend fin, la sixième année, après l'Assemblée Générale.

SECTION 4 - FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Article 59 - Montant du fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé au montant minimum légal de 228 600 euros. Il est aussi constitué le cas échéant des droits d'adhésion qui lui sont affectés et dont le montant est fixé par l'Assemblée Générale.
Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions de l'article 19 I. des statuts, sur proposition du Conseil d'Administration.

TITRE III : INFORMATION DES ADHÉRENTS

Article 60 - Etendue de l'information

La mutuelle fournit gratuitement aux futurs membres participants, avant la signature du bulletin d'adhésion :
- les statuts,
- le Règlement Intérieur,
- le règlement mutualiste ou fiche d'informations décrivant précisément leurs droits et obligations réciproques.

En cas de vente à distance, la mutuelle s'engage à respecter la procédure d'information visée aux articles L. 221-18 et R. 221-1 du Code de la Mutualité.
En cas de démarchage la mutuelle s'engage à respecter les dispositions applicables au démarchage telles que prévues au code de la consommation.
Les modifications des statuts, Règlement Intérieur et règlement mutualiste sont notifiées aux membres participants en application du Code de la Mutualité.

TITRE IV : ADHÉSION À L'UMG « GROUPE INTÉRIALE »

Article 61 - Adhésion à l'Union Mutualiste de Groupe « GROUPE INTERIALE »

La mutuelle adhère à l'Union Mutualiste de Groupe (UMG) dénommée « GROUPE INTERIALE », définie par les dispositions de l'article L. 111-4-2 du Code de la Mutualité.
Les conditions de cette affiliation sont définies dans les statuts de l'union et dans la convention d'affiliation mentionnée aux articles L. 111-4-2 et R. 115-6 du Code de la Mutualité.

Article 62 - Pouvoirs conférés à l'UMG

Par l'effet de cette affiliation, la mutuelle reconnait à l'union « GROUPE INTERIALE » :
- le droit de procéder à des contrôles de suivi des bonnes pratiques dans les domaines touchant à la gouvernance, à l'audit, au contrôle interne, aux politiques d'assurance, de réassurance, à la gestion technique, financière et des placements,
- le droit pour l'union de demander la convocation de l'assemblée générale de la mutuelle et de proposer l'élection de nouveaux candidats à des postes d'administrateur,
- le droit d'agrément préalable de l'union pour les décisions du Conseil d'Administration relatives à la conclusion d'une ou plusieurs des opérations suivantes :
  - cession totale ou partielle d'actifs ou de participations d'un montant annuel cumulé supérieur à 5 % des fonds propres ;
  - acquisition d'immeuble(s), cessions d'immeuble(s), constitution de sûretés et octrois de cautions, avals ou garanties, par opération d'un montant supérieur à 2 % des fonds propres ;
  - emprunts à long terme d'un montant annuel cumulé supérieur à 5 % des fonds propres ;
  - la signature de conventions ou traités d'assurance, de coassurance ou de réassurance.

TITRE V : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 63 - Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article 19 I. des statuts.
L'Assemblée Générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateur(s) qui peut (peuvent) être pris parmi les membres du Conseil d'Administration. La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.
L'Assemblée Générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous les pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 19 I. des présents statuts à d'autres mutuelles ou unions ou au fonds national de solidarité et d'actions mutualistes mentionnées à l'article L. 421-1 du Code de la Mutualité ou au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la Mutualité.

Article 64 - Interprétation

Les statuts, le Règlement Intérieur, le règlement mutualiste ou le règlement mutualiste spécifique, les contrats collectifs et le bulletin d'adhésion sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Article 65 - Médiation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts, du Règlement Intérieur et du règlement mutualiste ou règlement mutualiste spécifique, le membre participant peut avoir recours au service Médiation. La composition et le fonctionnement du service médiation sont définis par le Règlement Intérieur.

Article 66 - Informatique et libertés

Les informations recueillies auprès de ses membres participants sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet. Les informations dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition de tiers à des fins commerciales.
Conformément à la loi « informatique et libertés « du 6 janvier 1978, le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, dispose d'un droit d'accès et de rectification des informations le concernant auprès des fichiers de la mutuelle ou de ses mandataires et réassureurs. Pour ce faire, le membre participant peut adresser un courrier au siège de la mutuelle.

B - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

PRÉAMBULE

Conformément à l'article 5 des statuts de la mutuelle, le présent Règlement Intérieur, établi par le Conseil d'Administration est soumis à l'approbation de l'Assemblée Générale. Il complète les statuts. La numérotation des articles reprend par conséquent celle des statuts. Si un article n'est pas mentionné, aucune précision n'est donc apportée.

TITRE I : FORMATION - OBJET - COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - FORMATION - OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1-1
L'appellation Intériale Filia ainsi que le logo type et ses interprétations définies par une charte graphique constituent des marques déposées dont l'usage est soumis à l'autorisation de la mutuelle.

Article 2-1
La compétence de la mutuelle s'étend sur l'ensemble du territoire français et les Etats membres de la C.E. (article L. 510-1 du Code de la Mutualité, articles L. 612-1 et suivants du Code Monétaire et Financier).

CHAPITRE II - NOTION DE MEMBRES - CONDITIONS D'ADHÉSION - DÉMISSION - RADIATION - EXCLUSION

SECTION 1 - ADHÉSION

Article 8-1
Chaque membre participant reçoit une carte de mutuelle. Chaque changement de situation (adjonction ou radiation d'un ayant droit, changement de formule) entraîne une réédition de la carte. Elle porte les nom, prénoms, matricules Sécurité sociale et mutualiste de l'adhérent et de ses ayants droit.
Elle indique les droits ouverts et doit être présentée obligatoirement par le membre participant chez tous les professionnels de santé.

Article 8-2
Le Conseil d'Administration est souverain pour admettre ou refuser toute admission. En cas de refus, celui-ci n'est pas tenu d'en donner les raisons.
En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, le Conseil d'Administration pourra prendre l es sanctions visées aux articles L. 221-14 et L. 223-18 du Code de la Mutualité envers tout membre participant.

Article 8-3
La réintégration à la mutuelle d'un membre participant est soumise à l'approbation du Conseil d'Administration.
La mutuelle peut demander le versement d'un droit d'admission fixé par l'Assemblée Générale.

TITRE II : ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION 1 - COMPOSITION - ÉLECTION

Article 14-1
Toute fraction de 200 membres participants donne droit à un poste de délégué titulaire et à un poste de délégué suppléant.

Article 14-2
L'appel à candidature est fait par la mutuelle vis-à-vis des membres participants soit au moyen d'un journal d' information soit subsidiairement au moyen d'un autre support écrit qui leur est envoyé nominativement

Article 14-3
Tout membre candidat aux fonctions de délégué doit être au jour du scrutin à jour de ses cotisations.

Article 14-4
Les élections ont lieu par voie postale, à bulletin secret, par scrutin de liste majoritaire à un tour, sans panachage, ni rature.
Chaque liste doit comporter un nombre de candidats titulaires et de candidats suppléants équivalant à celui du nombre de postes à pourvoir.
Elle doit mentionner pour quel poste il est fait acte de candidature : délégué titulaire ou délégué suppléant.

Article 14-5
Le candidat est élu délégué titulaire ou suppléant pour une durée de six ans.
Le délégué sortant est rééligible.
Le mandat cesse lorsque le délégué titulaire ou suppléant perd sa qualité de membre (décès, démission, radiation, exclusion).

Article 14-6
En cas de vacance en cours de mandat pour cause de décès, démission, mutation, ou pour tout autre cause d'un délégué titulaire, il est remplacé par un délégué suppléant.
L'ordre de suppléance est fixé sur la liste de candidature, par l'attribution d'un numéro d'ordre pour chaque délégué suppléant.
Celui-ci achève le mandat de son prédécesseur.

Article 14-7
Pour voter, les membres recevront un matériel de vote à l'adresse du domicile connue dans le fichier à la date de la constitution de la liste de vote.

CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 3 - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 26
L'administrateur atteint par la limite d'âge peut être convié à l'Assemblée Générale.
Le Conseil d'Administration peut confier l'honorariat à un ancien administrateur.

Article 33
Sur décision du Conseil d'Administration, il peut être créé, le cas échéant, des commissions de travail au sein du Conseil d'Administration.
Le nombre de membres les composant est fixé par le Conseil d'Administration.
Le président de la mutuelle est membre de droit de toutes les commissions. Il peut, le cas échéant, se faire remplacer par un membre du bureau.
Si la commission intéresse les statuts, Règlement Intérieur ou règlement(s) mutualiste(s), le secrétaire général est membre de droit.
Si la commission intéresse la partie financière de l'organisation, le trésorier général est membre de droit.
Les commissions peuvent le cas échéant solliciter des avis techniques soit auprès de personnes qualifiées de la mutuelle, soit auprès de professionnels extérieurs qualifiés.

Article 45
En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent d'un des membres du bureau, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection.
Le nouveau membre du bureau ainsi élu achève le mandat de son prédécesseur.

TITRE III : INFORMATION DES ADHÉRENTS

Article 59-1
Le présent règlement peut être modifié par le Conseil d'Administration de la mutuelle et ratifié par l'Assemblée Générale.

TITRE V : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 65
Le conseil d'administration désigne, pour une durée de deux ans, un médiateur et définit les règles de fonctionnement du service MEDIATION. Les demandes de médiation doivent lui être adressées accompagnées des pièces du dossier au SERVICE MEDIATION, au siège social.

C - RÈGLEMENT MUTUALISTE

TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Au sein du présent Règlement Mutualiste :

- le terme « **Mutuelle** » désigne la mutuelle Intériale Filia, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 444 590 160, dont le siège social est 5 Rue Choron - 75009 PARIS, et substituée par la mutuelle Intériale, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 775 685 365, dont le siège social est 5 Rue Choron - 75009 PARIS,
- le terme « **membre participant** » désigne la personne physique bénéficiant des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et en ouvre le droit à ses ayants droit (art. L. 114-1 du Code de la Mutualité),
- l'expression « **Garantie frais de santé** » désigne la garantie ayant pour objet la couverture de frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, d'analyse ou d'appareillage, les dépenses engagées pour obtenir certaines de ces prestations (frais de séjour, d'hospitalisation ou de transport), ainsi que d'autres frais en relation avec la santé,
- l'expression « **Garantie(s) prévoyance** » désigne la (les) garantie(s) pouvant couvrir notamment l'incapacité de travail, l'invalidité (en ce inclus la dépendance) et le décès.

Pour faciliter la lecture du présent Règlement Mutualiste, la Mutuelle invite les membres participants à consulter le Glossaire de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM) disponible sur le site Internet de la Mutuelle (www.interiale.fr). Ce Glossaire n'a toutefois pas de valeur contractuelle et ne peut être opposable à la Mutuelle par les membres participants.

Article 1 - Objet et modification du Règlement Mutualiste

Le présent Règlement Mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations, et ce conformément à l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité.

Tous les membres participants sont en conséquence tenus de s'y conformer.

Le présent Règlement Mutualiste répond aux exigences de l'article L. 112-1 du Code de la Mutualité.

Le bulletin d'adhésion à la Mutuelle précise l'identité des personnes bénéficiaires des prestations d'assurance ainsi que la formule et les garanties qui ont été choisies par le membre participant.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts, du Règlement Intérieur et des droits et obligations définis par le présent Règlement Mutualiste, conformément à l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité.

Conformément à l'article L. 221-5 du Code de la Mutualité, toute modification du présent Règlement Mutualiste, tant en ce qui concerne les cotisations qu'en ce qui concerne les prestations (et ce aussi bien à la hausse qu'à la baisse), est portée à la connaissance des membres participants.

Toute modification des cotisations et/ou prestations est constatée par la notification de celles-ci aux membres participants, notamment via le journal d'informations de la Mutuelle.

Conformément à l'article L. 114-7 du Code de la Mutualité, toute modification des montants des cotisations ainsi que des prestations est applicable dès qu'elle a été notifiée aux membres participants.

En application de l'article L. 221-3 du Code de la Mutualité, la Mutuelle peut souscrire des contrats collectifs auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires.

L'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat bénéficient alors obligatoirement du contrat souscrit par la Mutuelle.

Chaque garantie est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur.

La Mutuelle peut également souscrire des contrats collectifs à adhésion facultative auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux, s'ils le souhaitent, de garanties supplémentaires. Chaque garantie est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur.

Lorsque la Mutuelle présente des risques portés par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance, elle agit comme intermédiaire d'assurance au sens de l'article L. 116-1 du Code de la Mutualité.

Article 2 - Information précontractuelle

I. Opérations individuelles

La Mutuelle remet au membre participant ou futur membre participant, avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion, les Statuts et règlements ou une fiche d'information sur le Règlement Mutualiste qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques, conformément à l'article L. 221-4 du Code de la Mutualité.

II. Opérations collectives

Concernant les contrats collectifs souscrits en application de l'article L. 221-3 du Code de la Mutualité ainsi que les contrats collectifs à adhésion facultative souscrits auprès d'autres organismes assureurs, la Mutuelle remet au membre participant, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, une notice d'information établie par l'organisme assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

La notice d'information précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Article 3 - Garanties proposées au membre participant

I. Lors de son adhésion à la Mutuelle, le membre participant adhère obligatoirement :

- à la Garantie frais de santé, dans les conditions prévues par le Titre II du présent Règlement Mutualiste,
- et à la Garantie prévoyance obligatoire, dans les conditions prévues par le Chapitre II du Titre VI du présent Règlement Mutualiste.

Au titre de la Garantie frais de santé, le membre participant bénéficie alors :

- des assistances, assurances, et services liés à la Garantie frais de santé, dans les conditions prévues par le Titre III du présent Règlement Mutualiste,
- du Réseau de Santé, dans les conditions prévues par le Titre IV du présent Règlement Mutualiste,
- de l'action sociale, dans les conditions prévues par le Titre V du présent Règlement Mutualiste,
- et de la caution solidaire, dans les conditions prévues par le Titre VII du présent Règlement Mutualiste.

II. Le membre participant peut également adhérer :

- à un ou plusieurs Packs santé optionnels, dans les conditions prévues par l'article 32 du présent Règlement Mutualiste,
- et à des garanties Prévoyance facultatives, dans les conditions prévues par le Chapitre III du Titre VI du présent Règlement Mutualiste.

III. Enfin, dans les conditions strictement définies à l'article 23 du présent Règlement Mutualiste, le membre participant peut ne bénéficier que des seules Garanties prévoyance.

Article 4 - Législation

Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. Les garanties présentées par la Mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs sont régies par la loi applicable auxdits organismes.

Article 5 - Monnaie

Le règlement des prestations et le paiement de la cotisation mutualiste sont effectués en euros.

Article 6 - Formalités d'adhésion à la Mutuelle

I. Pour être recevable par la Mutuelle, la demande d'adhésion doit comprendre obligatoirement les documents suivants :

1° - le bulletin d'adhésion à la Mutuelle dûment complété, daté et signé,
2° - une copie de la carte nationale d'identité ou d'un passeport valide,
3° - la demande et l'autorisation de prélèvement dûment complétées, datées et signées,
4° - un relevé d'identité bancaire,
5° - une copie de l'attestation vitale,
6° - le cas échéant, le certificat de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie,
7° - la fiche signée par le membre participant ayant permis de préciser ses exigences et besoins en matière de santé et de prévoyance.

L'acception de l'adhésion par la Mutuelle sera notifiée au membre participant par un ou plusieurs courriers qui préciseront, pour l'ensemble des personnes protégées (membre participant et le cas échéant le(s) ayant(s) droit) :

- la date de prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle,
- la date de prise d'effet des différentes garanties,
- le niveau des garanties,
- le montant des cotisations et leur échéance.

II. De plus, dans le délai maximum d'un mois suivant la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle, le membre participant devra impérativement fournir :

8° - les autres documents mentionnés dans le bulletin d'adhésion,
9° - le cas échéant, la clause libre de désignation de bénéficiaire(s) afférente à la Garantie décès - PTIA assurée par un organisme assureur tiers, obligatoire pour le membre participant, dans l'hypothèse où ce dernier ne choisit pas la clause contractuelle type de désignation de bénéficiaire(s).

Article 7 - Prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle / Prise d'effet des garanties

I. Prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle

La date de prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle est la date de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle.

II. Prise d'effet de la Garantie frais de santé

Sous réserve de la fourniture de tous les documents mentionnés à l'article 6 I. ci-dessus, la Garantie frais de santé prend effet :

- soit à la date de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle,
- soit à une date postérieure si cela a été demandé par le membre participant sur le bulletin d'adhésion,
- soit le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie du membre participant, à condition que la demande d'adhésion intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, et sous réserve de la fourniture du certificat de radiation.

III. Prise d'effet des Garanties prévoyance

Sous réserve de la fourniture de tous les documents mentionnés à l'article 6 ci-dessus, les Garanties prévoyance prennent effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle.

La date de prise d'effet ci-dessus mentionnée n'est pas exclusive de l'existence de délais de stage et de franchises prévus par les conditions générales et les notices de chaque Garantie prévoyance.

IV. Les assistances, assurances, et services liés à la Garantie frais de santé, prévues par le Titre III du présent Règlement Mutualiste, prennent effet dans les conditions de prise d'effet de la Garantie frais de santé énoncées au II. du présent article.

V. Le Réseau de Santé, prévu par le Titre IV du présent Règlement Mutualiste, prend effet dans les conditions de prise d'effet de la Garantie frais de santé énoncées au II. du présent article.

Article 8 - Faculté de renonciation à l'adhésion à la Mutuelle

À compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle (article 7 I. du présent Règlement Mutualiste), le membre participant dispose d'un délai de trente jours calendaires, en ce inclus le délai de 7 jours en matière de démarchage et le délai de 14 jours en matière de vente à distance, pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception.

Exemple de lettre de renonciation :

« Je soussigné … (nom, prénom) demeurant … (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhérent) à la mutuelle Intériale Filia.
(Date et signature de l'adhérent) ».

La lettre de renonciation doit être adressée à l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion à la Mutuelle.

En cas de renonciation dans les conditions exposées ci-dessus, la Mutuelle rembourse au membre participant le montant de la cotisation versée.

Dans l'hypothèse où le membre participant a demandé à la Mutuelle le versement de prestations dans le délai de trente jours visé ci-dessus, le membre participant ne peut plus user de sa faculté de renonciation à l'adhésion à la Mutuelle.

Article 9 - Durée et renouvellement des garanties

L'adhésion à la Garantie frais de santé, et aux Garanties prévoyance de la Mutuelle, ou ultérieurement à d'autres garanties, est valable pour une année civile, soit du 1er janvier au 31 décembre minuit.

Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est alors proratisée au nombre de jours restants.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions prévues aux articles 15 et 16 du présent Règlement Mutualiste.

Article 10 - Adhésion d'un ayant droit

I. La demande d'adhésion d'un ayant droit est effectuée par le membre participant :

- sur le bulletin d'adhésion du membre participant lorsqu'elle est concomitante à la demande d'adhésion du membre participant,
- ou sur le formulaire approprié disponible auprès des services de la Mutuelle ainsi que sur son site Internet (www.interiale.fr/web/filia/accueil), lorsque la demande d'adhésion de l'ayant droit est postérieure à la demande d'adhésion du membre participant.

Lorsque la demande d'adhésion de l'ayant droit est postérieure à la demande d'adhésion du membre participant, le membre participant doit être à jour de ses cotisations.

La demande d'adhésion doit être dûment complétée, datée, signée et accompagnée des justificatifs demandés par la Mutuelle.

II. La Garantie frais de santé prend effet :

- soit à la date de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle,
- soit à une date postérieure si cela a été demandé par le membre participant sur le bulletin d'adhésion,
- soit le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie de l'ayant droit, à condition que la demande d'adhésion intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, et sous réserve de la fourniture du certificat de radiation.

En cas de naissance, la Garantie frais de santé prend effet le jour de la naissance, à condition que la demande d'adhésion intervienne dans le délai de 3 mois à compter de la naissance.
À défaut, la Garantie frais de santé prend effet à la date de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle.

III. Les Garanties prévoyance prennent effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle.

La date de prise d'effet ci-dessus mentionnée n'est pas exclusive de l'existence de délais de stage et de franchises prévus par les conditions générales et les notices de chaque Garantie prévoyance.

IV. L'adhésion à la Garantie frais de santé, et aux Garanties prévoyance de la Mutuelle, ou ultérieurement à d'autres garanties, est valable pour une année civile, soit du 1er janvier au 31 décembre minuit.

Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation sera alors proratisée au nombre de jours restants.
L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf résiliation dans les conditions prévues aux articles 15 et 16 du présent Règlement Mutualiste.

Article 11 - Fixation et modalités de paiement de la cotisation mutualiste

Les membres participants définis à l'article 7 des Statuts de la Mutuelle s'engagent au paiement d'une cotisation dite « cotisation mutualiste » en contrepartie des différentes garanties auxquelles ils ont adhéré.

Les montants des cotisations sont fixés par l'assemblée générale de la Mutuelle, ou par le conseil d'administration conformément à l'article L. 114-11 du Code de la Mutualité.

La cotisation mutualiste est annuelle, elle est payable par avance à échéance annuelle par le membre participant.

Elle peut toutefois être fractionnée mensuellement, trimestriellement ou semestriellement, et dans ce cas être payable à terme échu.

Le fractionnement est une facilité de paiement accordée gratuitement au membre participant ou à la personne chargée du paiement.

Le règlement de la cotisation mutualiste s'effectue par prélèvement automatique sur compte bancaire ou similaire ou exceptionnellement par chèque sur accord de la Mutuelle.

La cotisation mutualiste comprend les cotisations afférentes aux différentes garanties auxquelles le membre participant a adhéré, augmentées des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.

Article 12 - Majoration de cotisation pour adhésion tardive

Pour les bénéficiaires (membre participant et ayants droit) qui adhèrent à la Mutuelle entre 50 et 54 ans et qui remplissent les conditions prévues à l'article 7 des Statuts de la Mutuelle, est appliquée une majoration de cotisation de 5 % sur leurs différentes garanties assurées par la Mutuelle.

Pour les bénéficiaires (membre participant et ayants droit) qui adhèrent à la Mutuelle entre 55 et 59 ans et qui remplissent les conditions prévues à l'article 7 des Statuts de la Mutuelle, est appliquée une majoration de cotisation de 10 % sur leurs différentes garanties assurées par la Mutuelle.

Pour les bénéficiaires (membre participant et ayants droit) qui adhèrent à la Mutuelle à compter de 60 ans et qui remplissent les conditions prévues à l'article 7 des Statuts de la Mutuelle, est appliquée une majoration de cotisation de 25 % sur leurs différentes garanties assurées par la Mutuelle.

La majoration appliquée est celle retenue lors de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle et perdure pendant toute la durée de l'adhésion à la Mutuelle.

Article 13 - Révision de la cotisation

Les cotisations sont modifiées le 1er janvier de chaque année en fonction notamment des résultats enregistrés, de l'accroissement de la consommation médicale, de l'augmentation connue ou prévisible des actes médicaux et du montant des frais donnant lieu à indemnisation.

En vertu des dispositions de l'article 20 des Statuts de la Mutuelle, le conseil d'administration peut également aménager les cotisations en cours d'année dans l'éventualité où des modifications substantielles du régime de l'Assurance Maladie entraîneraient une augmentation importante des prestations ou en fonction des résultats enregistrés concernant une garantie assurée par la Mutuelle.

Les cotisations fixées pour les différentes garanties pourront également être aménagées en cas de modification des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.

Article 14 - Modification de la situation familiale

Pour être recevables, toutes les modifications de la situation familiale doivent être notifiées à la Mutuelle à l'aide du formulaire approprié disponible auprès des services de la Mutuelle ainsi que sur son site Internet (www.interiale.fr/web/filia).

Les membres participants doivent notifier les modifications qui surviennent dans leur situation ou celles de leurs ayants droit, dans un délai de deux mois à compter de l'évènement, par courrier adressé à la Mutuelle à l'adresse mentionnée sur les documents administratifs, accompagné des justificatifs mentionnés ci-après (liste non exhaustive) :

- mariage (copie de l'acte de mariage), pacte civil de solidarité (copie de la fiche d'information relative à l'enregistrement de la déclaration de Pacs), concubinage (attestation de concubinage ou déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins),
- naissance (copie de l'acte de naissance), adoption (copie du jugement d'adoption),
- divorce (copie du jugement de divorce),
- décès (copie de l'acte de décès adressé par les ayants droit ou par tout membre de la famille).

Les modifications prennent alors effet le 1er jour du mois suivant la date de survenance de l'événement.

Passé le délai de deux mois à compter de la date de survenance de l'événement, la prise d'effet de la modification intervient le 1er jour du mois suivant la date de réception des documents justificatifs par la Mutuelle.

Dans ce cas, le membre participant ne pourra prétendre ni au paiement des prestations, ni au remboursement des cotisations qu'il aurait payées indûment.

Article 15 - Résiliation par le membre participant

I. Résiliation à la date d'échéance annuelle

Conformément à l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La demande prend effet le 1er janvier, à zéro heure, de l'année suivante.

Selon les dispositions de l'article L. 221-10-1 du Code de la Mutualité, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction.

Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions de l'alinéa ci-dessus, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'adhésion au Règlement Mutualiste, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction.

La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

À défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

II. Résiliation en cours d'adhésion

Chaque membre participant peut :

- demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion à la Mutuelle s'il justifie de son adhésion à une mutuelle obligatoire à titre principal, et ce par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend alors effet le 1er jour du mois suivant la réception du justificatif,
- également demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion dans les conditions fixées à l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité.

Les cotisations restent dues jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

Article 16 - Résiliation des garanties par la Mutuelle - Non paiement des cotisations

I. Non paiement des cotisations

En application de l'article L. 221-7 du Code de la Mutualité, le non paiement des cotisations entraîne la suspension puis la résiliation des garanties.

Tout membre participant en situation d'impayés s'expose au paiement des frais de recommandé et de recouvrement dont le montant est fixé chaque année par le conseil d'administration.

À défaut de paiement par le membre participant d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, ses garanties peuvent être suspendues trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension des garanties intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

À défaut de paiement, la Mutuelle a alors le droit de résilier ses garanties et de prononcer la radiation dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au troisième alinéa du présent article.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé que le défaut de paiement peut entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement les frais de poursuites et de recouvrement.

II. Non respect des conditions liées au champ de recrutement

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement de la Mutuelle ne sont plus remplies, et ce dans les conditions fixées à l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité.

Article 17 - Radiation d'un ayant droit

La demande de radiation d'un ayant droit doit être effectuée par le membre participant.

La radiation prend effet le 1er janvier, à zéro heure, de l'année suivante.

Toutefois, dans les cas limitatifs suivants, si le membre participant fournit un justificatif à l'appui de sa demande à la Mutuelle, la résiliation de l'ayant droit prend effet le premier jour du mois suivant la demande :

- adhésion en qualité de membre participant à la mutuelle Intériale,
- adhésion à un régime de protection sociale obligatoire couvrant les risques garantis par la Mutuelle,
- changement de situation matrimoniale.

En tout état de cause, la cotisation est due jusqu'à la date de radiation effective de l'ayant droit.

Article 18 - Conséquences de la résiliation des garanties sur le droit aux prestations

Le droit aux prestations cesse à la date de prise d'effet de la résiliation des garanties, sauf en ce qui concerne les prestations acquises avant la date d'effet de la résiliation des garanties.

Article 19 - Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

Article 20 - Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L. 221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du présent règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

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

Article 21 - Subrogation

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L. 224-8 du même code (notamment les opérations relatives au remboursement de frais de soins), la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice.

En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Pour le paiement des indemnités journalières versées et les prestations d'invalidité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Article 22 - Prescription - Interruption de la prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations de la Mutuelle, à l'exception des opérations de cautionnement de prêts immobiliers, sont prescrites par deux 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, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant-droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant-droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 23 - Maintien des seules Garanties prévoyance

La Mutuelle permet aux membres participants et/ou à leurs ayants droit, qui sont tenus de suspendre leurs droits à la Garantie frais de santé lorsqu'ils connaissent un changement de situation, de maintenir leurs droits aux Garanties prévoyance.

Les membres participants et/ou leurs ayants droit :

- maintiennent alors leurs droits aux Garanties prévoyance auxquelles ils ont déjà adhéré,
- peuvent adhérer aux Garanties prévoyance facultatives,
- ne bénéficient plus des assistances, assurances et services liés à la Garantie frais de santé, du Réseau de Santé, de l'action sociale et de la caution solidaire (sauf pour les membres participants en bénéficiant déjà) proposées par la Mutuelle.

La suspension de la Garantie frais de santé du membre participant entraîne automatiquement la suspension de cette même garantie pour tous ses ayants droit.

Les membres participants acquittent une cotisation spécifique mensuelle de 3 €, en sus des cotisations afférentes aux Garanties prévoyance qui sont maintenues ou auxquelles ils ont adhéré.

Toutefois sont exonérés du paiement de la cotisation spécifique :

- les membres participants qui sont affiliés à un contrat collectif couvrant les frais de santé souscrit par leur employeur auprès de la Mutuelle,
- les membres participants qui adhèrent à la Garantie hospitalisation en cas d'accident (Règlement Mutualiste spécifique) prévue par l'article 57 du présent Règlement Mutualiste.

Les membres participants qui souhaitent ne maintenir que les Garanties prévoyance doivent en faire la demande expresse par écrit auprès des services de la Mutuelle.

La demande prend alors effet, après acceptation de la Mutuelle, le premier jour du mois suivant la réception de la demande, accompagnée des justificatifs relatifs à leur changement de situation.

Article 24 - Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de respecter ses obligations légales et règlementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses membres participants et leurs ayants droit éventuels.

Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux membres participants certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement de leurs cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

Article 25 - Médiation

Les dispositions relatives à la médiation sont prévues par l'article 65 des Statuts de la Mutuelle.

Article 26 - Loi applicable - Langue applicable

Les relations contractuelles établies entre les membres participants et la Mutuelle sont régies par la Loi française.

La langue française est la langue applicable au présent Règlement Mutualiste qui, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toutes autres langues.

Article 27 - Autorité de Contrôle Prudentiel

L'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 Rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09 est chargée du contrôle de la Mutuelle, conformément à l'article L. 510-1 du Code de la Mutualité.

TITRE II : GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES APPLICABLES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

SECTION 1 - LES PRESTATIONS AFFÉRENTES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Article 28 - Les formules de la Garantie frais de santé

Les membres participants ont le choix entre différentes formules adaptées à leurs attentes et à leurs besoins en matière de frais de santé :

- Intériale Filia Responsable
- Intériale Filia Equilibre
- Intériale Filia Confort
- Intériale Filia Sérénité

Les membres participants bénéficient des prestations de la formule à laquelle ils ont adhéré.

Les membres participants peuvent adhérer à l'une des formules de la Garantie frais de santé de la Mutuelle sans aucune limite d'âge.

Les formules de la Garantie frais de santé comportent chacune des prestations qui leur sont propres et définies aux Annexes 1 à 4 du présent Règlement Mutualiste.

Les ayants droit bénéficient des prestations de la formule de la Garantie frais de santé dont relève le membre participant.

Article 29 - Modification de la formule choisie

Toute demande de changement de formule doit être adressée par écrit à la Mutuelle.

Le changement de formule vers une formule supérieure prend effet le 1er jour du mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande de changement de formule.

La demande de changement de formule vers une formule inférieure doit être adressée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de chaque année et prend effet à la date d'échéance annuelle de l'adhésion, soit le 1er janvier de l'année suivante.

En cas de changement de situation matrimoniale (divorce, séparation, décès, etc.), de changement de profession, de retraite ou de cessation définitive d'activité, la demande de changement de formule vers une offre inférieure prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle, sous réserve de la fourniture de documents justificatifs.

Concernant exclusivement les formules Intériale Filia Confort et Intériale Filia Sérénité le membre participant ne peut demander le changement de formule vers une formule inférieure, et ce quel que soit le motif invoqué, pendant une durée minimum de 3 ans à compter de la date de prise d'effet de ladite formule.

Article 30 - Objet des prestations

La Mutuelle s'engage à rembourser, dans la limite des pourcentages et des montants fixés par la formule de la Garantie frais de santé à laquelle a adhéré le membre participant :

- la part des frais de santé non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- les frais de santé exclus des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les garanties sont soit exprimées en pourcentage, soit exprimées en euros.

Les garanties exprimées en fonction des tarifs de l'Assurance Maladie Obligatoire sont calculées en fonction de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les Bases de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire repris dans le présent Règlement Mutualiste ont une valeur indicative et sont données pour information.

Article 31 - Caractère solidaire et responsable des formules de la Garantie frais de santé

Les différentes formules de la Garantie frais de santé proposées par la Mutuelle sont solidaires et responsables.

I. Solidaires

La Loi qualifie une garantie santé de « solidaire » lorsque la Mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

II. Responsables

La Loi qualifie une garantie santé de « responsable » lorsqu'elle encourage le respect du parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire le parcours de soins qui repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'assurance maladie.

Dans le cadre des garanties santé responsables, la Mutuelle rembourse obligatoirement :

- au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, tel que prévu par les conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-5 du même code;
- au moins 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments autres que ceux mentionnés aux 6°, 7° et 14° de l'article R. 322-1 du Code de la Sécurité sociale, prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du même code ;
- au moins 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- l'intégralité des dépassements d'honoraires des médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation ayant opté pour l'option de coordination prévue par la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 26 juillet 2011 dans sa version résultant de l'arrêté du 21 mars 2012 ayant porté à 150 % du tarif opposable de Sécurité sociale le montant des dépassements autorisés pour ces trois spécialités,

- le ticket modérateur d'au moins deux prestations de prévention fixées par la réglementation.

En revanche, dans le cadre des garanties santé responsables, la Mutuelle ne peut rembourser :

- les dépassements et majorations liés au non respect du parcours de soins,
- la participation forfaitaire applicable aux consultations et à certains examens médicaux,
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.

Enfin, dans le cadre des garanties santé responsables, la Mutuelle communique annuellement aux membres participants le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale.

Article 32 - Les Packs santé optionnels

Les membres participants qui ont choisi l'une des formules de la Garantie frais de santé mentionnées à l'article 28 du présent Règlement Mutualiste ont la possibilité d'adhérer à un ou plusieurs Packs santé optionnels :

- le Pack Intériale Filia Famille : sont couverts par le Pack Intériale Filia Famille le membre participant, son conjoint ayant droit et ses enfants ayants droit,
- le Pack Intériale Filia Pro : est couvert par le Pack Intériale Filia Pro le seul membre participant.

Ces Packs santé optionnels comportent chacun des prestations et des cotisations qui leur sont propres et définies à l'Annexe 5 du présent Règlement Mutualiste.

Les Packs santé optionnels sont accessibles sans aucune limite d'âge et quelle que soit la profession ou situation du membre participant.

Les membres participants qui souhaitent adhérer à un ou plusieurs Packs santé optionnels doivent transmettre le bulletin d'adhésion prévu à cet effet à la Mutuelle.

L'adhésion au(x) Pack(s) santé optionnels souscrit(s) prend alors effet dans les conditions fixées à l'article 7 II du présent Règlement Mutualiste.

Le membre participant qui adhère à un Pack santé optionnel s'engage à maintenir son adhésion à ce pack au minimum 12 mois et une résiliation de ce pack ne sera prise en compte que le 31 décembre de l'année qui suit la date de prise d'effet de ce pack (année N+1).

Article 33 - Bonus fidélité optique

Les membres participants qui choisissent les formules de la Garantie frais de santé :

- Intériale Filia Equilibre,
- Intériale Filia Confort,
- Intériale Filia Sérénité

bénéficient au terme d'une durée minimale de 24 mois d'adhésion à l'une de ces formules, d'un remboursement supplémentaire concernant les frais d'optique dénommé « Bonus fidélité optique » et dont le montant annuel est défini par chaque formule. À l'issue de ces 24 mois, en cas de changement de formule vers une formule supérieure ou inférieure dans les conditions prévues à l'article 29 du présent Règlement Mutualiste, le membre participant bénéficie du montant du Bonus fidélité optique défini par la nouvelle formule choisie, si cette dernière prévoit un Bonus fidélité optique.

Article 34 - Limitation des prestations

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent pas excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant et de ses ayants droit de toute nature après les remboursements auxquels ils ont droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'entre eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge du membre participant et de ses ayants droit, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

Article 35 - Limitation du nombre de prothèses dentaires fixes

La prise en charge des prothèses dentaires fixes est limitée à deux forfaits par an pendant une durée de 24 mois suivant la prise d'effet des formules Intériale Filia Equilibre, Intériale Filia Confort ou Intériale Filia Sérénité.

A l'issue de ce délai de 24 mois, les membres participants et leurs ayants droit bénéficient d'une prise en charge de trois forfaits maximum par an pour les prothèses dentaires fixes, et ce même en cas de changement de formule vers une formule supérieure ou inférieure.

Article 36 - Versement des prestations

En principe, les prestations sont versées directement au membre participant.

Toutefois, sur demande expresse du membre participant, le conjoint, concubin ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité ayant droit peut percevoir directement les prestations pour lui-même et/ou pour les enfants dont il a la garde.

De la même façon, tous les ayants droit de plus de 16 ans sont autorisés à percevoir à titre personnel les prestations de la Mutuelle.

Article 37 - Tiers payant

En principe, les prestations sont réglées aux membres participants après acquittement par eux des dépenses engagées.

Mais pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle a signé directement ou indirectement, des conventions de tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé.

Dans ce cas, le membre participant n'a pas à faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins.

Ces derniers sont payés directement par la Mutuelle pour les soins qu'ils ont dispensés ou les produits qu'ils ont délivrés au membre participant ou à ses ayants droit.

Concernant l'optique, la chirurgie réfractive, le dentaire et les audioprothèses, le tiers payant ne fonctionne qu'avec :
- les partenaires du Réseau de Santé choisi par la Mutuelle, dans les conditions prévues par le Titre IV du présent Règlement Mutualiste,
- et les Centres de la Mutualité Française.

Toutefois, si après avoir payé le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les garanties étaient suspendues ou résiliées, le membre participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

Article 38 - Modalités de remboursement des prestations

Pour obtenir le règlement des prestations, et à défaut d'application de la télétransmission informatique des prestations santé, le membre participant doit faire parvenir à la Mutuelle les justificatifs suivants :
- le décompte original ou, à défaut sa copie ou son image électronique, des prestations du régime obligatoire,
- les originaux des factures des établissements hospitaliers, notes d'honoraires des chirurgiens,
- les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles,
- les factures optiques acquittées,
- les factures dentaires acquittées.

Article 39 - Prestations indûment versées

En cas de prestations versées indûment à un membre participant ou à un ayant-droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte d'adhérent par un membre participant postérieurement à la suspension de ses garanties ou à sa radiation entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer au membre participant le remboursement de toutes prestations indues, et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre le bénéficiaire à ce remboursement.

Article 40 - Déchéance des droits à prestations en cas de fraude

Le membre participant qui effectue une déclaration avec une intention frauduleuse à l'occasion d'une demande de versement de prestations est sanctionné par la déchéance de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause, et ce sans préjudice des mesures prévues à l'article 11 des Statuts.

SECTION 2 - LES COTISATIONS AFFÉRENTES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Les réductions et exonérations de cotisations mentionnées dans la présente Section 2 concernent les formules de la Garantie frais de santé, les assistances, assurances et services liés à la Garantie frais de santé prévus au Titre III du présent Règlement Mutualiste, le Réseau de Santé prévu au Titre IV du présent Règlement Mutualiste, à l'exclusion des Packs santé optionnels prévus à l'article 32 du présent Règlement Mutualiste.

Article 41 - Fixation des cotisations afférentes aux formules de la Garantie frais de santé

Les formules de la Garantie frais de santé comportent chacune des cotisations qui leur sont propres et définies aux Annexes 1 à 4 du présent Règlement Mutualiste. Les cotisations sont calculées en fonction de l'âge du membre participant et de ses ayants droit.
Le calcul de l'âge des bénéficiaires influant sur la cotisation (application des tranches d'âge, majoration pour adhésion tardive, etc.), s'apprécie au 1er janvier de l'année civile de l'adhésion ou de son renouvellement et par rapport au 1er janvier qui suit l'année de naissance du bénéficiaire.

Article 42 - Cotisations des enfants ayants droit

I. Enfants ayants droit âgés de moins de 20 ans

La Mutuelle ne perçoit pas de cotisation :
- pour les nouveaux nés inscrits en qualité d'ayants droit, pendant 12 mois à compter de leur naissance, en ce inclus le mois de naissance ; la même disposition est appliquée pour les enfants adoptés ou sous tutelle à compter du jour d'adoption ou de la mise sous tutelle,
- pour les enfants de moins d'un an inscrits en qualité d'ayants droit, jusqu'à la date de leur premier anniversaire.

Le deuxième enfant, assujetti à cotisations, âgé de moins de 20 ans, et inscrit en qualité d'ayant droit, bénéficie d'une réduction de cotisation de 15 % du montant de la cotisation d'ayant droit enfant.
Le troisième enfant, assujetti à cotisations, âgé de moins de 20 ans, et inscrit en qualité d'ayant droit, bénéficie d'une réduction de cotisation de 25 % du montant de la cotisation d'ayant droit enfant.
Les réductions de cotisation des deuxième et troisième enfants mentionnées ci-dessus sont cumulables avec la réduction de cotisation prévue à l'article 44 du présent Règlement Mutualiste.
La Mutuelle ne perçoit pas de cotisation à compter du 4ème enfant en principe assujetti à cotisations et pour les suivants, à condition qu'ils soient âgés de moins de 20 ans et inscrits en qualité d'ayants droit, et ce jusqu'au 31 décembre de leur 20ème anniversaire.

II. Enfants ayant droit âgés d'au moins 20 ans et jusqu'au 31 décembre suivant leur 28ème anniversaire

Les enfants inscrits en qualité d'ayants droit, âgés d'au moins 20 ans et jusqu'au 31 décembre suivant leur 28ème anniversaire, sont assujettis à une cotisation spécifique définie pour chaque formule de la Garantie frais de santé.

III. Enfants ayants droit à compter du 31 décembre suivant leur 28ème anniversaire

Les enfants ayants droit à compter du 31 décembre suivant leur 28ème anniversaire sont assujettis, dans leur propre tranche d'âge, à la même cotisation que les membres participants dont ils relèvent.

Article 43 - Cotisation des couples de membres participants

Les personnes mariées, pacsées ou concubines qui adhèrent chacune à la Mutuelle en qualité de membres participants, et qui ont choisi la même formule de la Garantie frais de santé, bénéficient d'une réduction de cotisation.
Le membre participant le plus âgé du couple acquitte, selon sa tranche d'âges, le montant de la cotisation afférent à la Garantie frais de santé d'un membre participant, alors que le membre participant le plus jeune du couple acquitte, selon sa tranche d'âges, le montant de la cotisation afférent à la Garantie frais de santé d'un ayant droit.
Pour bénéficier de cette réduction de cotisation, les membres participants doivent en faire la demande expresse par écrit auprès de la Mutuelle.
Cette réduction de cotisation n'est pas cumulable avec d'autres réductions de cotisations, excepté la réduction visée à l'article 44 du présent Règlement Mutualiste.

Article 44 - Cotisation des membres participants qui relèvent du régime local Alsace Moselle

Les membres participants ou les ayants droit qui justifient de leur appartenance au régime local Alsace Moselle bénéficient d'une réduction de cotisation de 30 %.
Cette réduction de cotisation est uniquement cumulable avec les réductions de cotisations mentionnées aux articles 42 I. et 43 du présent Règlement Mutualiste.

Article 45 - Aides à la mutualisation

La Mutuelle, dans le cadre de l'action sociale qu'elle met en œuvre, peut décider d'appliquer, à certains membres participants des réductions ou exonérations de cotisations.
Ces réductions ou exonérations de cotisations sont mentionnées à la Section 2 du Chapitre 2 de l'Annexe10 « Action sociale » du présent Règlement Mutualiste.

CHAPITRE 2 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES APPLICABLES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ : OFFRE JEUNE

Article 46 - Offre Jeune

Les dispositions particulières applicables à l'Offre Jeune, notamment ce qui concerne les prestations et les cotisations, sont définies par un règlement mutualiste spécifique.

TITRE III : ASSISTANCES, ASSURANCES ET SERVICES LIÉS À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Article 47 - Assistance à domicile

La Mutuelle a souscrit, au profit de ses membres participants et de membres de leur famille, un contrat d'assistance auprès d'IMA ASSURANCES ayant pour objet de leur garantir, dans les conditions prévues par la notice d'information établie par IMA ASSURANCES, différentes prestations d'assistance à domicile.
Sont obligatoirement couverts par ce contrat tous les membres participants qui bénéficient d'une formule de la Garantie frais de santé.
Le montant de la cotisation afférente à l'Assistance à domicile est inclus dans la cotisation afférente à la Garantie frais de santé.
La notice d'information du contrat est reproduite à l'Annexe 6 du présent Règlement Mutualiste.

Article 48 - Protection juridique santé

La Mutuelle a souscrit, au profit de ses membres participants et de membres de leur famille, un contrat de Protection juridique santé auprès de JURIDICA, ayant pour objet de leur garantir, dans les conditions prévues par la notice d'information établie par JURIDICA, différentes prestations de protection juridique santé.
Sont obligatoirement couverts par ce contrat tous les membres participants qui bénéficient d'une formule de la Garantie frais de santé.
Le montant de la cotisation afférente à la Protection juridique santé est inclus dans le montant de la cotisation de la Garantie frais de santé.
La notice d'information du contrat est reproduite à l'Annexe 7 du présent Règlement Mutualiste.

Article 49 - Protection juridique pénale professionnelle

La Mutuelle a souscrit au profit de ses membres participants un contrat de Protection juridique pénale professionnelle auprès de JURIDICA, ayant pour objet de leur garantir, dans les conditions prévues par la notice d'information établie par JURIDICA, différentes prestations de protection juridique pénale professionnelle.
Sont obligatoirement couverts par ce contrat tous les membres participants qui bénéficient d'une formule de la Garantie frais de santé.
Le montant de la cotisation afférente à la Protection juridique pénale professionnelle est inclus dans le montant de la cotisation de la Garantie frais de santé.
La notice d'information du contrat est reproduite à l'Annexe 7 du présent Règlement Mutualiste.

Article 50 - Assurance scolaire / étudiante

La Mutuelle a souscrit, au profit des enfants ayants droit âgés de moins de 29 ans du membre participant un contrat d'Assurance scolaire / étudiante auprès de La Sauvegarde ayant pour objet de couvrir les risques suivants, selon les conditions prévues par la notice d'information établie par La Sauvegarde :
- une individuelle accident,
- les conséquences de la responsabilité civile,
- des dommages aux biens,
- une défense pénale et recours.

Le montant de la cotisation afférente à l'Assurance scolaire / étudiante est inclus dans le montant de la cotisation de la Garantie frais de santé.
La notice d'information du contrat est reproduite à l'Annexe 8 du présent Règlement Mutualiste.

TITRE IV : RÉSEAU DE SANTÉ

La Mutuelle fait bénéficier ses membres participants et ayants droit, ayant choisi les formules Intériale Filia Equilibre, Intériale Filia Confort et Intériale Filia Sérénité, du Réseau de Santé Santéclair en vue :

- de fournir des informations et conseils (soins et traitements),
- d'analyser les devis et aider à leur négociation (prothèses dentaires, implantologie, parodontie, orthodontie, lunettes, lentilles, chirurgie réfractive, audioprothèses, honoraires chirurgicaux)
- de leur permettre d'accéder à des réseaux de soins permettant de bénéficier de tarifs négociés (opticiens, chirurgiens-dentistes, centres de chirurgie réfractive, audioprothésistes, diététiciennes, ostéopathes),
- de mettre à disposition des services web (voire mobiles) : géolocalisation des partenaires de santé du réseau Santéclair, aide à l'automédication, aide à la prévention et au dépistage, aide au choix de son lieu d'hospitalisation, aide au sevrage tabagique.

Les conditions et prestations de ce Réseau de Santé sont prévues par la notice d'information établie par Santéclair.

Le montant de la cotisation afférente au Réseau de Santé est inclus dans le montant de la cotisation de la Garantie frais de santé.

La notice d'information concernant le Reseau de Santé est reproduite à l'Annexe 9 du présent Règlement Mutualiste.

Les prestations du Réseau de Santé sont ouvertes :

- En France Métropolitaine (à l'exception de la Corse) à compter du 1er janvier 2013,
- En Corse, au plus tard le 31 décembre 2013,
- Dans les départements d'Outre-mer (à l'exception de la Réunion) à compter du 1er janvier 2013,

Et ce à l'exception des prestations des réseaux de chirurgie réfractive et d'ostéopathes qui ouvriront au plus tard le 31 décembre 2013.

TITRE V : ACTION SOCIALE

La Mutuelle met en œuvre au bénéfice de ses membres participants (à l'exception des cas visés à l'article 23), directement et, le cas échéant, par l'intermédiaire de l'Union Intériale Solidarité une action sociale consistant notamment en la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou en situation de handicap.

La Mutuelle peut accorder des allocations ou aides diverses au titre de son action sociale.

Les aides au titre de l'action sociale sont accordées en considération de la situation personnelle du demandeur, membre participant ou ayants droit du membre participant.

Ces aides ou allocations ont un caractère annuel, non rétroactif et non définitif.

L'assemblée générale, sur proposition du conseil d'administration, détermine chaque année le montant global de l'enveloppe qui peut être accordée au titre des aides, allocations ou services aux membres participants et leurs ayants droit.

L'action sociale est définie annuellement par le conseil d'administration dans un programme soumis à approbation de l'assemblée générale de la Mutuelle.

L'action sociale servie par Intériale Solidarité est proposée annuellement par ledit partenaire et soumise à l'approbation de l'assemblée générale de la Mutuelle pour application à ses membres participants.

Le montant de la cotisation afférente aux activités d'Intériale Solidarité est inclus dans la cotisation afférente à la Garantie frais de santé.

L'action sociale de la Mutuelle et d'Intériale Solidarité est définie à l'Annexe 10 du présent Règlement Mutualiste.

TITRE VI : GARANTIES PRÉVOYANCE

CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS COMMUNES APPLICABLES AUX GARANTIES PRÉVOYANCE

Article 51 - Conditions d'adhésion

Le membre participant, quelle que soit la formule de la Garantie frais de santé à laquelle il a adhéré, bénéficie d'une Garantie prévoyance obligatoire et peut également adhérer aux Garanties prévoyance facultatives.

Le membre participant dont la Garantie frais de santé ne peut pas prendre effet à la date de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle peut, s'il le souhaite, adhérer aux seules Garanties prévoyance dans les conditions de l'article 7 III. du présent Règlement Mutualiste.

Dans ce cas, la Garantie frais de santé prendra effet au plus tard le 1er janvier de l'année suivant la prise d'effet des Garanties prévoyance.

Les notices d'information des Garanties prévoyance assurées par les organismes partenaires de la Mutuelle sont remises aux membres participants lors de l'adhésion auxdites garanties.

Article 52 - Délai de stage - Franchise

Les sinistres ne sont jamais couverts lorsqu'ils sont antérieurs à la date de prise d'effet des Garanties prévoyance.

Le sinistre est la réalisation de l'évènement dommageable prévu et garanti par les Garanties prévoyance auxquelles ont adhéré les membres participants.

Le délai de stage est une période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas bien que le membre participant cotise. Cette période commence à courir à compter du jour de la prise d'effet des Garanties prévoyance.

Les sinistres nés pendant le délai de stage ne sont pas indemnisés.

Le délai de stage s'applique dans les conditions énoncées dans les dispositions générales et les notices de chaque Garantie prévoyance.

La franchise est la période qui suit la date du sinistre et qui n'est pas indemnisée par la Mutuelle.

La franchise s'applique dans les conditions énoncées dans les dispositions générales et les notices de chaque Garantie prévoyance.

Article 53 - Fixation et modalités de paiement des cotisations afférentes aux Garanties prévoyance

Le membre participant s'engage au paiement des cotisations afférentes aux Garanties prévoyance auxquelles il a adhéré.

Les cotisations afférentes aux Garanties prévoyance sont intégrées à la cotisation mutualiste et sont payables selon les modalités visées à l'article 11 du présent Règlement Mutualiste.

CHAPITRE 2 - GARANTIE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE

Article 54 - Garantie décès - PTIA

La Mutuelle a souscrit auprès d'un organisme assureur tiers au bénéfice de ses membres participants, un contrat collectif à adhésion obligatoire ayant pour objet de garantir, dans les conditions prévues par la notice d'information, en cas de décès ou perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) du membre participant, le versement d'un capital forfaitaire de 3 820 €, jusqu'au 31 décembre suivant le 72ème anniversaire.

CHAPITRE 3 - GARANTIES PRÉVOYANCE FACULTATIVES

Les conditions générales et particulières ou notices d'information afférentes aux Garanties prévoyance facultatives ne sont communiquées qu'aux membres participants ayant adhéré à l'une des ces garanties ou qu'aux membres participants en faisant la demande à la Mutuelle.

Article 55 - Garantie de salaire

La Mutuelle a souscrit auprès d'Intériale Prévoyance un contrat collectif à adhésion facultative au bénéfice de ses membres participants et du conjoint ayant droit (conjoint, concubin et co-signataire d'un PACS), ayant pour objet de garantir, dans les conditions prévues par la notice d'information, le paiement d'une indemnité journalière destinée à compenser la perte de salaire, en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail.

Article 56 - Garantie hospitalisation en cas de maladie ou d'accident (« Intériale Filia Hospi »)

La Garantie hospitalisation en cas de maladie ou d'accident a pour objet de garantir aux membres participants le versement d'indemnités journalières forfaitaires en cas d'hospitalisation par suite de maladie ou d'accident. Elle permet ainsi aux membres participants de faire face aux dépenses supplémentaires occasionnées par une hospitalisation (dépassement d'honoraires, garde d'enfant, etc.).

Article 57 - Garantie hospitalisation en cas d'accident (Règlement Mutualiste spécifique)

La Garantie hospitalisation en cas d'accident a pour objet de garantir aux membres participants et à des membres de leur famille dans les conditions prévues par le Règlement Mutualiste spécifique, le versement d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation suite à un accident.

Article 58 - Autres garanties prévoyance proposées par la Mutuelle

La Mutuelle a souscrit auprès d'un ou de plusieurs partenaires des contrats collectifs en matière de Prévoyance.

TITRE VII : CAUTION SOLIDAIRE

Dans le cadre de son action en faveur du logement, Intériale Filia fait bénéficier ses adhérents d'un service de cautionnement de prêts immobiliers.

Le partenaire de la Mutuelle propose une caution en garantie des prêts immobiliers afin de faciliter l'accès à la propriété.

Cette garantie est gratuite et évite les frais d'hypothèque.

De plus les adhérents peuvent bénéficier dans ce cadre d'un taux d'assurance décès, incapacité, invalidité et chômage parmi les plus bas du marché.

ANNEXE 1 : Intériale Filia RESPONSABLE

(Tableau Prestations et Cotisations)

- Les remboursements sont exprimés soit en pourcentage, soit en euros.
- Les remboursements exprimés en pourcentage sont fonction du tarif de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- Les remboursements exprimés en euros sont présentés, soit sous la forme d'un forfait lorsque leur montant ne dépend pas du montant de la participation de la Sécurité sociale, soit sous la forme d'un plafond lorsque leur montant varie en fonction du montant de la participation de la Sécurité sociale.
- Dans tous les cas, le montant des remboursements de la mutuelle ne peut être supérieur au montant restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit.
- Les taux de remboursement de la Sécurité sociale repris dans le tableau de prestations ci-dessous ont une valeur indicative et sont donnés pour information. En cas de modification de ces taux, la part de remboursement de la mutuelle ne sera pas modifiée.

	Taux de remboursement Sécurité sociale (1)	Remboursement Sécurité sociale + Intériale Filia RESPONSABLE
Soins courants		
Consultations visites généralistes	70 %	100 %
Consultations visites spécialistes	70 %	100 %
Actes techniques médicaux	70 %	100 %
Analyses médicales et examens de laboratoire	60 % ou 70 %	100 %
Pharmacie		
Vignettes blanches	65 %	100 %
Hospitalisation court séjour, soins de suite et réadaptation		
Honoraires médicaux	80 %	100 %
Honoraires chirurgicaux	80 %	100 %
Option de coordination renforcée	80 %	150 %
Frais de séjour (2)	80 %	100 %
Forfait journalier hospitalier (2)	-	18 € / jour
Forfait journalier hospitalier psychiatrique (2)	-	13,50 € / jour
Acoustique		
Prothèse auditive / appareil (bénéficiaire < 20 ans)	60 %	100 %
Prothèse auditive / appareil (bénéficiaire > ou = 20 ans)	60 % soit 119,82 €	100 %
Frais d'entretien, fournitures, accessoires	60 %	100 %
Appareillage		
Grand appareillage, orthopédie et achat de véhicules pour handicapés	60 %	100 %
Prothèses capillaires (sur facture)	60 %	100 %
Prothèses mammaires (sur facture)	60 %	100 %
Prévention		
Dépistage hépatite B	60 %	100 %
1er bilan du langage (enfants < 14 ans)	60 %	100 %

(1) En cas d'exonération du ticket modérateur, la Sécurité sociale prend en charge 100 % de la base de remboursement des dépenses liées aux soins et traitements.
(2) Durée illimitée en médecine, chirurgie et rééducation, limitée à 60 jours par an en psychiatrie, cure, régime, maison de repos, convalescence.

Cotisations mensuelles TTC
(assistances, assurances et services liés à la garantie inclus)

Tranche d'âge	Membres participants	Ayants droit	Enfants
- de 20 ans	9,25 €	8,33 €	7,17 €
de 20 à 22 ans	9,55 €	8,60 €	7,29 €
de 23 à 25 ans	9,95 €	8,96 €	7,63 €
de 26 à 28 ans	10,45 €	9,41 €	8,80 €
de 29 à 31 ans	11,15 €	10,04 €	COTISATION MEMBRE PARTICIPANT
de 32 à 34 ans	12,05 €	10,85 €	
de 35 à 37 ans	13,15 €	11,84 €	
de 38 à 40 ans	14,35 €	12,92 €	
de 41 à 43 ans	15,63 €	14,07 €	
de 44 à 46 ans	16,98 €	15,28 €	
de 47 à 49 ans	18,33 €	16,50 €	

Tranche d'âge	Membres participants	Ayants droit	Enfants
de 50 à 52 ans	19,68 €	17,71 €	COTISATION MEMBRE PARTICIPANT
de 53 à 55 ans	21,03 €	18,93 €	
de 56 à 58 ans	22,38 €	20,14 €	
de 59 à 61 ans	23,73 €	21,36 €	
de 62 à 64 ans	25,08 €	22,57 €	
de 65 à 67 ans	26,43 €	23,79 €	
de 68 à 70 ans	27,78 €	25,00 €	
de 71 à 73 ans	29,13 €	26,22 €	
de 74 à 76 ans	30,48 €	27,43 €	
de 77 à 79 ans	31,83 €	28,65 €	
80 ans et +	33,18 €	29,86 €	

ANNEXE 2 : Intériale Filia ÉQUILIBRE

(Tableau Prestations et Cotisations)

- Les remboursements sont exprimés soit en pourcentage, soit en euros.
- Les remboursements exprimés en pourcentage sont fonction du tarif de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- Les remboursements exprimés en euros sont présentés, soit sous la forme d'un forfait lorsque leur montant ne dépend pas du montant de la participation de la Sécurité sociale, soit sous la forme d'un plafond lorsque leur montant varie en fonction du montant de la participation de la Sécurité sociale.
- Dans tous les cas, le montant des remboursements de la mutuelle ne peut être supérieur au montant restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit.
- Les taux de remboursement de la Sécurité sociale repris dans le tableau de prestations ci-dessous ont une valeur indicative et sont donnés pour information. En cas de modification de ces taux, la part de remboursement de la mutuelle ne sera pas modifiée.

	Taux de remboursement Sécurité sociale (1)	Remboursement Sécurité sociale + Intériale Filia ÉQUILIBRE
Soins courants		
Consultations visites généralistes	70 %	100 %
Consultations visites spécialistes	70 %	100 %
Actes techniques médicaux	70 %	100 %
Analyses médicales et examens de laboratoire	60 % ou 70 %	100 %
Imagerie médicale et échographie	70 %	100 %
Auxiliaires médicaux	60 %	100 %
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie (3 séances max / an)	-	25 € / séance
Pharmacie		
Vignettes blanches	65 %	100 %
Vignettes bleues	30 %	100 %
Achat et location petit appareillage	60 %	100 %
Orthèses dont bas, collants et chaussettes de contention	60 %	135 %
Tous contraceptifs prescrits non remboursés (sur facture)	-	50 € / an
Substituts nicotiniques	50 €	100 € / an
Hospitalisation court séjour, soins de suite et réadaptation		
Honoraires médicaux	80 %	130 %
Honoraires chirurgicaux	80 %	130 %
Option de coordination renforcée	80 %	150 %
Frais de séjour (2)	80 %	100 %
IVG chirurgicale ou médicamenteuse	80 %	100 %
Frais de transport	65 %	100 %
Forfait TV limité à 45 jours / an	-	3 € / jour
Forfait journalier hospitalier (2)	-	18 € / jour
Forfait journalier hospitalier psychiatrique (2)	-	13,50 € / jour
Prise en charge de la franchise de 18 € pour les actes médicaux > ou = 120 €	-	Frais réels / acte
Chambre particulière (2)	-	40 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	15 €
Frais d'accompagnement (enfants <15 ans, handicapés < 20 ans, adultes > 70 ans)	-	38,50 € / jour
Maternité		
Amniocentèse	-	65 € / acte
Caryotype fœtal	-	120 € / acte
Péridurale	-	80 € / acte
Soins dentaires pour prévention de la femme enceinte entre le 3ème et le 6ème mois de grossesse	70 %	100 % + 5 € / acte
Bilan acoustique du nouveau né	100 %	23 € / acte
Optique		
Monture + 2 verres unifocaux (3)	60 %	100 % + 150 € / an
Monture + 2 verres multifocaux (3)	60 %	100 % + 150 € / an
Bonus fidélité à compter de la 3ème année d'ancienneté	-	15 €
Suppléments optiques	-	Voir tableau suppléments optiques
Lentilles prescrites remboursées	60 %	Plafond 100 € / an
Lentilles prescrites non remboursées	-	Plafond 100 € / an
Chirurgie réfractive	-	250 € / œil / an

ANNEXE 2 : Intériale Filia ÉQUILIBRE
(Tableau Prestations et Cotisations)

	Taux de remboursement Sécurité sociale (1)	Remboursement Sécurité sociale + Intériale Filia ÉQUILIBRE
Dentaire (sur facture)		
Soins dentaires	70 %	100 %
Détartrage annuel complet sus et sous gingival	70 %	100 %
Examen annuel de prévention dentaire	70 %	100 % + 5 € / acte
Inlay core avec ou sans clavette	70 %	100 %
Prothèses dentaires provisoires sur dent visible (4)	-	48,90 € / prothèse
Prothèses dentaires fixes sur dent visible (4)	70 %	Plafond 250 € / prothèse
Prothèses dentaires fixes sur dent visible non remboursées (4)	-	Plafond 250 € / prothèse
Prothèses dentaires fixes sur dent non visible	70 %	Pafond 250 € / prothèse
Prothèses dentaires fixes sur dent non visible non remboursées	-	Plafond 250 € / prothèse
Prothèses dentaires sur implant	0 % ou 70 %	Plafond 200 € / prothèse
Nombre de forfaits prothèses dentaires fixes prises en charge par Intériale Filia	-	2 forfaits prothèses / an les 2 premières années 3 forfaits prothèses / an à compter de la 3ème année
Plaque base métallique	70 %	Plafond 200 € / plaque
Rebasage, réparation de fracture, adjonction ou remplacement de dents ou crochets	0 % ou 70 %	Plafond 243,92 € / prothèse
Prothèses amovibles de 1 à 3 dents à complet (5)	70 %	Plafond 269,15 € à 1 023,85 € / prothèse (voir tableau)
Orthodontie remboursée	70 % ou 100 %	Plafond 380 € / semestre
Autres actes liés à l'orthodontie	70 %	250 %
Implantologie (pose d'implants)	-	280 € / an
Traitement de la maladie parodontale	-	200 € / an
Acoustique		
Prothèse auditive / appareil (bénéficiaire < 20 ans)	60 %	170 %
Prothèse auditive / appareil (bénéficiaire > ou = 20 ans)	60 % soit 119,82 €	Plafond 350 € / prothèse
Frais d'entretien, fournitures, accessoires	60 %	100 %
Appareillage		
Grand appareillage, orthopédie et achat de véhicules pour handicapés	60 %	135 %
Prothèses capillaires (sur facture)	60 %	Plafond 270 € / prothèse
Prothèses mammaires (sur facture)	60 %	Plafond 270 € / prothèse
Matériel pour amblyopie (enfants < 20 ans)	60 %	100 %
Cures thermales		
Honoraires médicaux	70 %	100 %
Frais d'hospitalisation pour cures thermales	80 %	100 %
Forfait thermal, hébergement, transport	65 %	100 %
Prévention		
Dépistage hépatite B	60 %	100 %
1er bilan du langage (enfants < 14 ans)	60 %	100 %
Forfait bilan nutrition (sur facture)	-	20 € / an
Ostéodensitométrie remboursée	70 %	100 % + 30 € / acte

(1) En cas d'exonération du ticket modérateur, la Sécurité sociale prend en charge 100 % de la base de remboursement des dépenses liées aux soins et traitements.
(2) Durée illimitée en médecine, chirurgie et rééducation, limitée à 60 jours par an en psychiatrie, cure, régime, maison de repos, convalescence.
(3) Pour tous les bénéficiaires, pour l'achat d'une monture seule, remboursement sur la base du forfait unifocal. Pour les moins de 18 ans, pas de limitation sur les verres lorsqu'il y a prescription.
(4) Dents visibles : incisives, canines, prémolaires.
(5) Voir tableau détaillant les dispositions spécifiques pour les prothèses amovibles.

Cotisations mensuelles TTC
(assistances, assurances et services liés à la garantie inclus)

Tranche d'âge	Membres participants	Ayants droit	Enfants
- de 20 ans	19,77 €	17,98 €	16,85 €
de 20 à 22 ans	22,37 €	20,39 €	18,13 €
de 23 à 25 ans	23,64 €	21,45 €	19,30 €
de 26 à 28 ans	33,57 €	30,50 €	25,38 €
de 29 à 31 ans	36,82 €	33,50 €	COTISATION MEMBRE PARTICIPANT
de 32 à 34 ans	40,92 €	37,18 €	
de 35 à 37 ans	45,02 €	40,96 €	
de 38 à 40 ans	47,62 €	43,35 €	
de 41 à 43 ans	51,58 €	46,92 €	
de 44 à 46 ans	55,54 €	50,58 €	
de 47 à 49 ans	59,30 €	54,03 €	

Tranche d'âge	Membres participants	Ayants droit	Enfants
de 50 à 52 ans	63,20 €	57,54 €	COTISATION MEMBRE PARTICIPANT
de 53 à 55 ans	65,90 €	60,04 €	
de 56 à 58 ans	69,40 €	63,15 €	
de 59 à 61 ans	72,10 €	65,55 €	
de 62 à 64 ans	75,85 €	69,02 €	
de 65 à 67 ans	79,60 €	72,37 €	
de 68 à 70 ans	82,35 €	74,92 €	
de 71 à 73 ans	86,30 €	78,46 €	
de 74 à 76 ans	89,05 €	80,90 €	
de 77 à 79 ans	92,90 €	84,45 €	
80 ans et +	98,15 €	89,29 €	

ANNEXE 2 : Intériale Filia ÉQUILIBRE
(Tableau Prestations et Cotisations)

Dispositions spécifiques pour les prothèses amovibles					
Nombre de dents par appareil	**Coefficient Sécurité sociale**	**Base de remboursement**	**Part SS 70 %**	**Part Mutuelle**	**Total**
1 à 3 dents	30	64,50 €	45,15 €	224,00 €	269,15 €
4 dents	35	75,25 €	52,68 €	240,00 €	292,68 €
5 dents	40	86,00 €	60,20 €	280,00 €	340,20 €
6 dents	45	96,75 €	67,73 €	280,00 €	347,73 €
7 dents	50	107,50 €	75,25 €	288,00 €	363,25 €
8 dents	55	118,25 €	82,78 €	288,00 €	370,78 €
9 dents	60	129,00 €	90,30 €	352,00 €	442,30 €
10 dents	65	139,75 €	97,83 €	352,00 €	449,83 €
11 dents	70	150,50 €	105,35 €	352,00 €	457,35 €
12 dents	75	161,25 €	112,88 €	352,00 €	464,88 €
13 dents	80	172,00 €	120,40 €	352,00 €	472,40 €
14 dents	85	182,75 €	127,93 €	424,00 €	551,93 €
Complet	170	365,50 €	255,85 €	768,00 €	1 023,85 €

En cas de prise en charge à 100 %, la prestation totale (Sécurité sociale et Mutuelle) est plafonnée.

Les suppléments optiques				
LPP	**Nature des produits**	**Part SS 60 %**	**Part Mutuelle**	**Total**
2 269 025	Filtre d'occlusion < 6 ans	2,20 €	7,80 €	10 €
2 227 920	Prisme souple < 6 ans	13,45 €	16,55 €	30 €
2 227 908	Supplément pour monture de lunettes à coque < 6 ans	25,62 €	24,38 €	50 €
2 287 862	Prisme incorporé < 18 ans	9,60 €	10,40 €	20 €
2 247 905	Prisme incorporé > 18 ans	2,38 €	17,62 €	20 €
2 293 957	Système antiptosis < 18 ans	46,38 €	53,62 €	100 €
2 200 795	Système antiptosis > 18 ans	46,38 €	53,62 €	100 €
2 222 408	Filtre chromatique ou UV < 18 ans	5,49 €	14,51 €	20 €
	Filtre chromatique ou UV > 18 ans	0,00 €	20,00 €	20 €
2 204 066	Verres iséiconiques < 18 ans	Selon devis	28,00 €	Part SS + 28 €
2 278 219	Verres iséiconiques > 18 ans	Selon devis	28,00 €	Part SS + 28 €
2 246 716	Supplément pour sphère supérieure à 20 dioptries < 18 ans	8,23 €	21,77 €	30 €
2 274 109	Supplément pour sphère supérieure à 20 dioptries > 18 ans	2,10 €	27,90 €	30 €

	Forfait Mutuelle
Amincissement au-delà de 6 dioptries	12 €
Antireflet au-delà de 6 dioptries	12 €

ANNEXE 3 : Intériale Filia CONFORT

(Tableau Prestations et Cotisations)

- Les remboursements sont exprimés soit en pourcentage, soit en euros.
- Les remboursements exprimés en pourcentage sont fonction du tarif de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- Les remboursements exprimés en euros sont présentés, soit sous la forme d'un forfait lorsque leur montant ne dépend pas du montant de la participation de la Sécurité sociale, soit sous la forme d'un plafond lorsque leur montant varie en fonction du montant de la participation de la Sécurité sociale.
- Dans tous les cas, le montant des remboursements de la mutuelle ne peut être supérieur au montant restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit.
- Les taux de remboursement de la Sécurité sociale repris dans le tableau de prestations ci-dessous ont une valeur indicative et sont donnés pour information. En cas de modification de ces taux, la part de remboursement de la mutuelle ne sera pas modifiée.

	Taux de remboursement Sécurité sociale (1)	Remboursement Sécurité sociale + Intériale Filia CONFORT
Soins courants		
Consultations visites généralistes	70 %	100 %
Consultations visites spécialistes	70 %	130 %
Actes techniques médicaux	70 %	100 %
Analyses médicales et examens de laboratoire	60 % ou 70 %	100 %
Imagerie médicale et échographie	70 %	100 %
Auxiliaires médicaux	60 %	100 %
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie (3 séances max / an)	-	30 € / séance
Pharmacie		
Vignettes blanches	65 %	100 %
Vignettes bleues	30 %	100 %
Vignettes oranges	15 %	100 %
Vaccins et médicaments non remboursés (sur facture)	-	15 € / an
Achat et location petit appareillage	60 %	135 %
Orthèses dont bas, collants et chaussettes de contention	60 %	200 %
Tous contraceptifs prescrits non remboursés (sur facture)	-	50 € / an
Substituts nicotiniques	50 €	100 € / an
Hospitalisation court séjour, soins de suite et réadaptation		
Honoraires médicaux	80 %	130 %
Honoraires chirurgicaux	80 %	130 %
Option de coordination renforcée	80 %	150 %
Frais de séjour (2)	80 %	100 %
IVG chirurgicale ou médicamenteuse	80 %	100 %
Frais de transport	65 %	100 %
Forfait TV limité à 45 jours / an	-	3 € / jour
Forfait journalier hospitalier (2)	-	18 € / jour
Forfait journalier hospitalier psychiatrique (2)	-	13,50 € / jour
Prise en charge de la franchise de 18 € pour les actes médicaux > ou = 120 €	-	Frais réels / acte
Chambre particulière (2)	-	45 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	20 €
Frais d'accompagnement (enfants < 15 ans, handicapés < 20 ans, adultes > 70 ans)	-	38,50 € / jour
Maternité		
Amniocentèse	-	65 € / acte
Caryotype fœtal	-	120 € / acte
Péridurale	-	80 € / acte
Bilan acoustique du nouveau né	100 %	23 € / acte
Optique		
Monture + 2 verres unifocaux (3)	60 %	100 % + 160 € / an
Monture + 2 verres multifocaux (3)	60 %	100 % + 250 € / an
Bonus fidélité à compter de la 3ème année d'ancienneté	-	20 €
Suppléments optiques	-	Voir tableau suppléments optiques
Lentilles prescrites remboursées	60 %	plafond 100 € / an
Lentilles prescrites non remboursées	-	plafond 100 € / an
Chirurgie réfractive	-	250 € / œil / an

ANNEXE 3 : Intériale Filia CONFORT
(Tableau Prestations et Cotisations)

	Taux de remboursement Sécurité sociale (1)	Remboursement Sécurité sociale + Intériale Filia CONFORT
Dentaire (sur facture)		
Soins dentaires	70 %	100 %
Détartrage annuel complet sus et sous gingival	70 %	100 %
Inlay core avec ou sans clavette	70 %	100 %
Prothèses dentaires provisoires sur dent visible (4)	-	48,90 € / prothèse
Prothèses dentaires fixes sur dent visible (4)	70 %	Plafond 407,50 € / prothèse
Prothèses dentaires fixes sur dent visible non remboursées (4)	-	Plafond 407,50 € / prothèse
Prothèses dentaires fixes sur dent non visible	70 %	Plafond 250 € / prothèse
Prothèses dentaires fixes sur dent non visible non remboursées	-	Plafond 250 € / prothèse
Prothèses dentaires sur implant	0 % ou 70 %	Plafond 250 € / prothèse
Nombre de forfaits prothèses dentaires fixes prises en charge par Intériale Filia	-	2 forfaits prothèses / an les 2 premières années 3 forfaits prothèses / an à compter de la 3ème année
Plaque base métallique	70 %	Plafond 200 € / plaque
Rebasage, réparation de fracture, adjonction ou remplacement de dents ou crochets	0 % ou 70 %	Plafond 243,92 € / prothèse
Prothèses amovibles de 1 à 3 dents à complet (5)	70 %	Plafond 395,15 € à 1 455,85 € / prothèse (voir tableau)
Orthodontie remboursée	70 % ou 100 %	Plafond 500 € / semestre
Orthodontie non remboursée	-	200 € / semestre
Autres actes liés à l'orthodontie	70 %	250 %
Implantologie (pose d'implants)	-	350 € / an
Traitement de la maladie parodontale	-	200 € / an
Acoustique		
Prothèse auditive / appareil (bénéficiaire < 20 ans)	60 %	170 %
Prothèse auditive / appareil (bénéficiaire > ou = 20 ans)	60 % soit 119,82 €	Plafond 700 € / prothèse
Frais d'entretien, fournitures, accessoires	60 %	170 %
Appareillage		
Grand appareillage, orthopédie et achat de véhicules pour handicapés	60 %	200 %
Prothèses capillaires (sur facture)	60 %	Plafond 270 € / prothèse
Prothèses mammaires (sur facture)	60 %	Plafond 270 € / prothèse
Matériel pour amblyopie (enfants < 20 ans)	60 %	135 %
Cures thermales		
Honoraires médicaux	70 %	100 %
Frais d'hospitalisation pour cures thermales	80 %	100 %
Forfait thermal, hébergement, transport	65 %	100 %
Prévention		
Dépistage hépatite B	60 %	100 %
1er bilan du langage (enfants < 14 ans)	60 %	100 %
Forfait bilan nutrition (sur facture)	-	20 € / an
Ostéodensitométrie remboursée	70 %	100 % + 30 € / acte

(1) En cas d'exonération du ticket modérateur, la Sécurité sociale prend en charge 100 % de la base de remboursement des dépenses liées aux soins et traitements.
(2) Durée illimitée en médecine, chirurgie et rééducation, limitée à 60 jours par an en psychiatrie, cure, régime, maison de repos, convalescence.
(3) Pour tous les bénéficiaires, pour l'achat d'une monture seule, remboursement sur la base du forfait unifocal. Pour les moins de 18 ans, pas de limitation sur les verres lorsqu'il y a prescription.
(4) Dents visibles : incisives, canines, prémolaires.
(5) Voir tableau détaillant les dispositions spécifiques pour les prothèses amovibles.

Cotisations mensuelles TTC
(assistances, assurances et services liés à la garantie inclus)

Tranche d'âge	Membres participants	Ayants droit	Enfants
- de 20 ans	27,53 €	21,32 €	22,15 €
de 20 à 22 ans	30,05 €	26,45 €	23,34 €
de 23 à 25 ans	31,43 €	27,81 €	24,58 €
de 26 à 28 ans	40,05 €	35,59 €	33,00 €
de 29 à 31 ans	47,78 €	41,12 €	COTISATION MEMBRE PARTICIPANT
de 32 à 34 ans	53,03 €	47,58 €	
de 35 à 37 ans	59,28 €	51,30 €	
de 38 à 40 ans	63,03 €	55,25 €	
de 41 à 43 ans	69,32 €	59,20 €	
de 44 à 46 ans	74,61 €	62,78 €	
de 47 à 49 ans	79,90 €	67,55 €	

Tranche d'âge	Membres participants	Ayants droit	Enfants
de 50 à 52 ans	85,24 €	71,69 €	COTISATION MEMBRE PARTICIPANT
de 53 à 55 ans	90,14 €	76,24 €	
de 56 à 58 ans	95,92 €	77,50 €	
de 59 à 61 ans	101,26 €	77,88 €	
de 62 à 64 ans	102,85 €	79,65 €	
de 65 à 67 ans	105,74 €	85,10 €	
de 68 à 70 ans	107,63 €	86,72 €	
de 71 à 73 ans	110,02 €	89,42 €	
de 74 à 76 ans	111,91 €	91,36 €	
de 77 à 79 ans	116,80 €	94,13 €	
80 ans et +	120,19 €	96,16 €	

ANNEXE 3 : Intériale Filia CONFORT
(Tableau Prestations et Cotisations)

Dispositions spécifiques pour les prothèses amovibles					
Nombre de dents par appareil	**Coefficient Sécurité sociale**	**Base de remboursement**	**Part SS 70 %**	**Part Mutuelle**	**Total**
1 à 3 dents	30	64,50 €	45,15 €	350,00 €	395,15 €
4 dents	35	75,25 €	52,68 €	365,00 €	417,68 €
5 dents	40	86,00 €	60,20 €	425,00 €	485,20 €
6 dents	45	96,75 €	67,73 €	425,00 €	492,73 €
7 dents	50	107,50 €	75,25 €	430,00 €	505,25 €
8 dents	55	118,25 €	82,78 €	430,00 €	512,78 €
9 dents	60	129,00 €	90,30 €	550,00 €	640,30 €
10 dents	65	139,75 €	97,83 €	550,00 €	647,83 €
11 dents	70	150,50 €	105,35 €	550,00 €	655,35 €
12 dents	75	161,25 €	112,88 €	550,00 €	662,88 €
13 dents	80	172,00 €	120,40 €	550,00 €	670,40 €
14 dents	85	182,75 €	127,93 €	650,00 €	777,93 €
Complet	170	365,50 €	255,85 €	1 200,00 €	1 455,85 €

En cas de prise en charge à 100 %, la prestation totale (Sécurité sociale et Mutuelle) est plafonnée.

Les suppléments optiques				
LPP	**Nature des produits**	**Part SS 60 %**	**Part Mutuelle**	**Total**
2 269 025	Filtre d'occlusion < 6 ans	2,20 €	7,80 €	10 €
2 227 920	Prisme souple < 6 ans	13,45 €	16,55 €	30 €
2 227 908	Supplément pour monture de lunettes à coque < 6 ans	25,62 €	24,38 €	50 €
2 287 862	Prisme incorporé < 18 ans	9,60 €	10,40 €	20 €
2 247 905	Prisme incorporé > 18 ans	2,38 €	17,62 €	20 €
2 293 957	Système antiptosis < 18 ans	46,38 €	53,62 €	100 €
2 200 795	Système antiptosis > 18 ans	46,38 €	53,62 €	100 €
2 222 408	Filtre chromatique ou UV < 18 ans	5,49 €	14,51 €	20 €
	Filtre chromatique ou UV > 18 ans	0,00 €	20,00 €	20 €
2 204 066	Verres iséiconiques < 18 ans	Selon devis	28,00 €	Part SS + 28 €
2 278 219	Verres iséiconiques > 18 ans	Selon devis	28,00 €	Part SS + 28 €
2 246 716	Supplément pour sphère supérieure à 20 dioptries < 18 ans	8,23 €	21,77 €	30 €
2 274 109	Supplément pour sphère supérieure à 20 dioptries > 18 ans	2,10 €	27,90 €	30 €

	Forfait Mutuelle
Amincissement au-delà de 6 dioptries	15 €
Antireflet au-delà de 6 dioptries	15 €

ANNEXE 4 : Intériale Filia SÉRÉNITÉ

(Tableau Prestations et cotisations)

- Les remboursements sont exprimés soit en pourcentage, soit en euros.
- Les remboursements exprimés en pourcentage sont fonction du tarif de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- Les remboursements exprimés en euros sont présentés, soit sous la forme d'un forfait lorsque leur montant ne dépend pas du montant de la participation de la Sécurité sociale, soit sous la forme d'un plafond lorsque leur montant varie en fonction du montant de la participation de la Sécurité sociale.
- Dans tous les cas, le montant des remboursements de la mutuelle ne peut être supérieur au montant restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit.
- Les taux de remboursement de la Sécurité sociale repris dans le tableau de prestations ci-dessous ont une valeur indicative et sont donnés pour information. En cas de modification de ces taux, la part de remboursement de la mutuelle ne sera pas modifiée.

	Taux de remboursement Sécurité sociale (1)	Remboursement Sécurité sociale + Intériale Filia SÉRÉNITÉ
Soins courants		
Consultations visites généralistes	70 %	110 %
Consultations visites spécialistes	70 %	150 %
Actes techniques médicaux	70 %	100 %
Analyses médicales et examens de laboratoire	60 % ou 70 %	100 %
Imagerie médicale et échographie	70 %	100 %
Auxiliaires médicaux	60 %	100 %
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie (3 séances max / an)	-	35 € / séance
Pharmacie		
Vignettes blanches	65 %	100 %
Vignettes bleues	30 %	100 %
Vignettes oranges	15 %	100 %
Vaccins et médicaments non remboursés (sur facture)	-	25 € / an
Achat et location petit appareillage	60 %	135 %
Orthèses dont bas, collants et chaussettes de contention	60 %	200 %
Tous contraceptifs prescrits non remboursés (sur facture)	-	70 € / an
Substituts nicotiniques	50 €	100 € / an
Hospitalisation court séjour, soins de suite et réadaptation		
Honoraires médicaux	80 %	150 %
Honoraires chirurgicaux	80 %	200 %
Option de coordination renforcée	80 %	150 %
Frais de séjour (2)	80 %	100 %
IVG chirurgicale ou médicamenteuse	80 %	100 %
Frais de transport	65 %	100 %
Forfait TV limité à 45 jours / an	-	3 € / jour
Forfait journalier hospitalier (2)	-	18 € / jour
Forfait journalier hospitalier psychiatrique (2)	-	13,50 € / jour
Prise en charge de la franchise de 18 € pour les actes médicaux > ou = 120 €	-	Frais réels / acte
Chambre particulière (2)	-	60 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	30 €
Frais d'accompagnement (enfants < 15 ans, handicapés < 20 ans, adultes > 70 ans)	-	38,50 € / jour
Maternité		
Amniocentèse	-	65 € / acte
Caryotype fœtal	-	120 € / acte
Péridurale	-	80 € / acte
Bilan acoustique du nouveau né	100 %	23 € / acte
Optique		
Monture + 2 verres unifocaux (3)	60 %	100 % + 210 € / an
Monture + 2 verres multifocaux (3)	60 %	100 % + 330 € / an
Bonus fidélité à compter de la 3ème année d'ancienneté	-	25 €
Suppléments optiques	-	Voir tableau suppléments optiques
Lentilles prescrites remboursées	60 %	Plafond 150 € / an
Lentilles prescrites non remboursées	-	Plafond 150 € / an
Chirurgie réfractive	-	250 € / œil / an

ANNEXE 4 : Intériale Filia SÉRÉNITÉ

(Tableau Prestations et Cotisations)

	Taux de remboursement Sécurité sociale (1)	Remboursement Sécurité sociale + Intériale Filia SÉRÉNITÉ
Dentaire (sur facture)		
Soins dentaires	70 %	100 %
Détartrage annuel complet sus et sous gingival	70 %	100 %
Inlay core avec ou sans clavette	70 %	100 % + 100 € / an
Prothèses dentaires provisoires sur dent visible (4)	-	48,90 € / prothèse
Prothèses dentaires fixes sur dent visible (4)	70 %	Plafond 487,50 € / prothèse
Prothèses dentaires fixes sur dent visible non remboursées (4)	-	Plafond 487,50 € / prothèse
Prothèses dentaires fixes sur dent non visible	70 %	Plafond 350 € / prothèse
Prothèses dentaires fixes sur dent non visible non remboursées	-	Plafond 350 € / prothèse
Prothèses dentaires sur implant	0 % ou 70 %	Plafond 250 € / prothèse
Nombre de forfaits prothèses dentaires fixes prises en charge par Intériale Filia	-	2 forfaits prothèses / an les 2 premières années 3 forfaits prothèses / an à compter de la 3ème année
Plaque base métallique	70 %	Plafond 200 € / plaque
Rebasage, réparation de fracture, adjonction ou remplacement de dents ou crochets	0 % ou 70 %	Plafond 243,92 € / prothèse
Prothèses amovibles de 1 à 3 dents à complet (5)	70 %	Plafond 495,15 € à 1 555,85 € / prothèse (voir tableau)
Orthodontie remboursée	70 % ou 100 %	Plafond 500 € / semestre
Orthodontie non remboursée	-	200 € / semestre
Autres actes liés à l'orthodontie	70 %	250 %
Implantologie (pose d'implants)	-	350 € / an
Traitement de la maladie parodontale	-	200 € / an
Acoustique		
Prothèse auditive / appareil (bénéficiaire < 20 ans)	60 %	170 %
Prothèse auditive / appareil (bénéficiaire > ou = 20 ans)	60 % soit 119,82 €	Plafond 700 € / prothèse
Frais d'entretien, fournitures, accessoires	60 %	170 %
Appareillage		
Grand appareillage, orthopédie et achat de véhicules pour handicapés	60 %	200 %
Prothèses capillaires (sur facture)	60 %	Plafond 270 € / prothèse
Prothèses mammaires (sur facture) (6)	60 %	Plafond 270 € / prothèse
Matériel pour amblyopie (enfants < 20 ans)	60 %	135 %
Cures thermales		
Honoraires médicaux	70 %	100 %
Frais d'hospitalisation pour cures thermales	80 %	100 %
Forfait thermal, hébergement, transport	65 %	100 %
Prévention		
Dépistage hépatite B	60 %	100 %
1er bilan du langage (enfants < 14 ans)	60 %	100 %
Forfait bilan nutrition (sur facture)	-	20 € / an
Ostéodensitométrie remboursée	70 %	100 % + 30 € / acte
Ostéodensitométrie non remboursée	-	40 € / acte

(1) En cas d'exonération du ticket modérateur, la Sécurité sociale prend en charge 100 % de la base de remboursement des dépenses liées aux soins et traitements.
(2) Durée illimitée en médecine, chirurgie et rééducation, limitée à 60 jours par an en psychiatrie, cure, régime, maison de repos, convalescence.
(3) Pour tous les bénéficiaires, pour l'achat d'une monture seule, remboursement sur la base du forfait unifocal. Pour les moins de 18 ans, pas de limitation sur les verres lorsqu'il y a prescription.
(4) dents visibles : incisives, canines, prémolaires.
(5) Voir tableau détaillant les dispositions spécifiques pour les prothèses amovibles.
(6) Forfait utilisable pour l'achat de lingerie spécialisée, l'utilisation du forfait pour la lingerie exclut l'utilisation du forfait par prothèse mammaire.

Cotisations mensuelles TTC
(assistances, assurances et services liés à la garantie inclus)

Tranche d'âge	Membres participants	Ayants droit	Enfants
- de 20 ans	39,65 €	29,07 €	29,82 €
de 20 à 22 ans	43,33 €	34,21 €	31,71 €
de 23 à 25 ans	44,98 €	35,58 €	33,01 €
de 26 à 28 ans	53,23 €	45,54 €	43,31 €
de 29 à 31 ans	61,48 €	50,69 €	COTISATION MEMBRE PARTICIPANT
de 32 à 34 ans	69,30 €	57,91 €	
de 35 à 37 ans	74,87 €	60,86 €	
de 38 à 40 ans	77,59 €	62,63 €	
de 41 à 43 ans	85,60 €	69,62 €	
de 44 à 46 ans	94,41 €	76,57 €	
de 47 à 49 ans	96,42 €	78,15 €	

Tranche d'âge	Membres participants	Ayants droit	Enfants
de 50 à 52 ans	104,19 €	82,76 €	COTISATION MEMBRE PARTICIPANT
de 53 à 55 ans	105,91 €	84,36 €	
de 56 à 58 ans	112,83 €	88,92 €	
de 59 à 61 ans	120,75 €	92,08 €	
de 62 à 64 ans	122,57 €	93,85 €	
de 65 à 67 ans	127,09 €	99,89 €	
de 68 à 70 ans	128,71 €	101,62 €	
de 71 à 73 ans	131,83 €	104,87 €	
de 74 à 76 ans	133,75 €	106,63 €	
de 77 à 79 ans	140,47 €	109,72 €	
80 ans et +	144,09 €	113,46 €	

ANNEXE 4 : Intériale Filia SÉRÉNITÉ
(Tableau Prestations et Cotisations)

Dispositions spécifiques pour les prothèses amovibles					
Nombre de dents par appareil	**Coefficient Sécurité sociale**	**Base de remboursement**	**Part SS 70 %**	**Part Mutuelle**	**Total**
1 à 3 dents	30	64,50 €	45,15 €	450,00 €	495,15 €
4 dents	35	75,25 €	52,68 €	465,00 €	517,68 €
5 dents	40	86,00 €	60,20 €	525,00 €	585,20 €
6 dents	45	96,75 €	67,73 €	525,00 €	592,73 €
7 dents	50	107,50 €	75,25 €	530,00 €	605,25 €
8 dents	55	118,25 €	82,78 €	530,00 €	612,78 €
9 dents	60	129,00 €	90,30 €	650,00 €	740,30 €
10 dents	65	139,75 €	97,83 €	650,00 €	747,83 €
11 dents	70	150,50 €	105,35 €	650,00 €	755,35 €
12 dents	75	161,25 €	112,88 €	650,00 €	762,88 €
13 dents	80	172,00 €	120,40 €	650,00 €	770,40 €
14 dents	85	182,75 €	127,93 €	750,00 €	877,93 €
Complet	170	365,50 €	255,85 €	1300,00 €	1 555,85 €

En cas de prise en charge à 100 %, la prestation totale (Sécurité sociale et Mutuelle) est plafonnée.

Les suppléments optiques				
LPP	**Nature des produits**	**Part SS 60 %**	**Part Mutuelle**	**Total**
2 269 025	Filtre d'occlusion < 6 ans	2,20 €	7,80 €	10 €
2 227 920	Prisme souple < 6 ans	13,45 €	16,55 €	30 €
2 227 908	Supplément pour monture de lunettes à coque < 6 ans	25,62 €	24,38 €	50 €
2 287 862	Prisme incorporé < 18 ans	9,60 €	10,40 €	20 €
2 247 905	Prisme incorporé > 18 ans	2,38 €	17,62 €	20 €
2 293 957	Système antiptosis < 18 ans	46,38 €	53,62 €	100 €
2 200 795	Système antiptosis > 18 ans	46,38 €	53,62 €	100 €
2 222 408	Filtre chromatique ou UV < 18 ans	5,49 €	14,51 €	20 €
	Filtre chromatique ou UV > 18 ans	0,00 €	20,00 €	20 €
2 204 066	Verres iséiconiques < 18 ans	Selon devis	28,00 €	Part SS +28 €
2 278 219	Verres iséiconiques > 18 ans	Selon devis	28,00 €	Part SS +28 €
2 246 716	Supplément pour sphère supérieure à 20 dioptries < 18 ans	8,23 €	21,77 €	30 €
2 274 109	Supplément pour sphère supérieure à 20 dioptries > 18 ans	2,10 €	27,90 €	30 €

	Forfait Mutuelle
Amincissement au-delà de 6 dioptries	15 €
Antireflet au-delà de 6 dioptries	15 €

ANNEXE 5 : Packs Santé Optionnels

- Les remboursements sont exprimés soit en pourcentage, soit en euros.
- Les remboursements exprimés en pourcentage sont fonction du tarif de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- Les remboursements exprimés en euros sont présentés, soit sous la forme d'un forfait lorsque leur montant ne dépend pas du montant de la participation de la Sécurité sociale, soit sous la forme d'un plafond lorsque leur montant varie en fonction du montant de la participation de la Sécurité sociale.
- Les remboursements des Packs santé optionnels interviennent en complément des remboursements de la formule de la Garantie frais de santé choisie par le membre participant (Intériale Filia Responsable, Intériale Filia Equilibre, Intériale Filia Confort, Intériale Filia Sérénité).
- Dans tous les cas, le montant des remboursements de la mutuelle ne peut être supérieur au montant restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit.
- Les taux de remboursement de la Sécurité sociale repris dans le tableau de prestations ci-dessous ont une valeur indicative et sont donnés pour information. En cas de modification de ces taux, la part de remboursement de la mutuelle ne sera pas modifiée.

Pack Intériale Filia PRO	Remboursement **Pack Intériale Filia PRO**
Forfait semelles orthopédiques / an	60 €
Ostéopathie et étiopathie / an (3 séances max)	20 € / séance
Lentilles non remboursées / an	70 €
Chirurgie réfractive / oeil / an	150 €
Forfait frais supplémentaires en cas d'hospitalisation à l'étranger en mission / an	200 €
Forfait hospitalisation suite à accident du travail ou maladie professionnelle / an	200 €

Cotisation TTC (cotisation assistance incluse) valable pour le membre participant	**8,55** €

Pack Intériale Filia FAMILLE	Remboursement **Pack Intériale Filia FAMILLE**
Orthodontie avant 16 ans remboursée / semestre / bénéficiaire	50 €
Tous contraceptifs prescrits / an / bénéficiaire (sur facture)	30 €
Forfait kinésithérapeuthe / an / enfant < 5 ans (y compris kiné respiratoire)	70 €
Psychomotriciens / an / enfant (3 séances max)	35 € / séance

Cotisation TTC (cotisation assistance incluse) Valable pour le membre participant et tous ses ayants droit	**5,00** €

ANNEXE 6 : Assistance à domicile

CONVENTION d' ASSISTANCE à DOMICILE METROPOLE et DROM

Préambule

La convention d'assistance présentée ci-après, souscrite par Intériale Filia, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 444 590 160, dont le siège social est 5, rue Choron - 75009 Paris. Mutuelle substituée par Intériale, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 775 685 365, et dont le siège social est 5, rue Choron - 75009 Paris.

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - 79000 Niort, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACP 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

DISPOSITIONS COMMUNES

DEFINITIONS

ACCIDENT CORPOREL

Evénement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté et qui entraîne des dommages physiques audit bénéficiaire.

ANIMAUX DOMESTIQUES

Les chiens et les chats.

BENEFICIAIRES des GARANTIES d'ASSISTANCE

Toute personne domiciliée en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer, adhérente à INTÉRIALE FILIA ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit ou fiscalement à charge : conjoint de droit ou de fait, enfants et petits enfants, enfants handicapés sans limite d'âge et ascendants directs

CENTRE DE CONVALESCENCE

Les centres de convalescence sont des structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

CONJOINT

Le conjoint non séparé, son concubin notoire, son cosignataire d'un PACS.

DOMICILE

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent et de ses ayants droit.

ENFANT

Enfant et petit-enfant de moins de 18 ans (enfant handicapé sans limite d'âge), à charge et vivant au domicile du membre participant.

FRANCE

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

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPREVUE

Toute hospitalisation est considérée comme imprévue dès lors que le bénéficiaire n'en a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

MALADIE

Altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante et constatée par une autorité médicale compétente.

PATHOLOGIES LOURDES

Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dyalisée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polypathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA ASSURANCES.

PROCHE

Sont considérés comme des proches : le conjoint, ascendants ou descendants au 1er ou 2ème degré, les frères et sœurs, beaux-frères et belles sœurs du membre participant ou de son conjoint.

1. VIE DU CONTRAT

1.1 DUREE des GARANTIES

La période de validité de la relation contractuelle entre l'adhérent et INTÉRIALE FILIA

1.2 RESILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par l'adhérent de ses contrats souscrits auprès d'INTÉRIALE FILIA pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

1.3 SUBROGATION

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

1.4 PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de la convention d'assistance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :

1er En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;

2e En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription 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 IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

1.5 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA ASSURANCES afin de mettre en œuvre les garanties d'assistance auxquelles le bénéficiaire peut prétendre.

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à Intériale Mutuelle.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES, 118 avenue de Paris, 79000 Niort.

1.6 RECLAMATION ET MEDIATION

En cas de désaccord sur l'application de la convention, le bénéficiaire peut contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - 79000 NIORT ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, le bénéficiaire peut saisir le médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances) 9 rue de Saint-Pétersbourg - 75008 PARIS. Son avis s'impose à IMA ASSURANCES mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

2. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

2.1 FAITS GENERATEURS

- *Les garanties décrites à l'article 4 s'appliquent en cas d'accident corporel ou de maladie soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique) survenant à l'un des bénéficiaires et nécessitant une hospitalisation ou une immobilisation au domicile.*

  Ces garanties s'appliquent également en cas de survenance ou aggravation d'une pathologie lourde ou de décès.
- *Les garanties décrites aux articles 4.10 et suivants peuvent s'appliquer hors urgence médicale.*

2.2 TERRITORIALITE

La France métropolitaine et les départements d'outre-mer.

Définition des modalités de prise en charge des déplacements de personnes :

- Bénéficiaire résidant en métropole : prise en charge limitée au sein du territoire métropolitain, au train 1e classe ou avion de ligne classe économique
- Bénéficiaire résidant dans un département d'outre-mer : prise en charge limitée au sein de ce seul département, au taxi, bateau ou avion de ligne classe économique ;

2.3 INTERVENTION

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires aux numéros suivants :

0810 204 134 pour Intériale Filia

IMA ASSURANCES apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères…) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention d'IMA ASSURANCES, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose l'adhérent pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle.

IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

2.4 PIECES JUSTIFICATIVES

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, ...).

De la même façon, IMA ASSURANCES pourra demander à l'adhérent ou à son conjoint l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

3. LIMITATIONS, EXCLUSIONS, DECHEANCES ET PROLONGATION DES GARANTIES

3.1 DELAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'événement :

- *une immobilisation au domicile*
- *une hospitalisation*
- *un décès.*

Passé ce délai un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.
Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement (sortie d'hospitalisation, immobilisation ou décès).
Pour les garanties complémentaires en cas de pathologies lourdes et de traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, le délai de demande d'assistance est de 1 mois à compter de la survenance ou de son aggravation. Passé ce délai, les garanties seront mises en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'événement.

3.2 INFRACTION

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

3.3 FORCE MAJEURE

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

3.4 EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations :

- ***dans des établissements et services psychiatriques, gérontologiques et gériatriques,***
- ***liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,***
- ***liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi qu'à leurs conséquences,***

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et de la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

3.5 PROLONGATION DES GARANTIES

Lorsque les prestations mises en œuvre et prises en charge par IMA ASSURANCES prennent fin, IMA ASSURANCES propose aux adhérents bénéficiaires qui le souhaitent la prolongation, sous son contrôle, de ces prestations, par la mise en relation avec les intervenants agréés par IMA ASSURANCES. Le montant de ces prestations reste dès lors à la charge du bénéficiaire.

4. GARANTIES

4.1 PRESENCE d'un PROCHE au CHEVET du PATIENT BENEFICIAIRE

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours d'un patient bénéficiaire,

- IMA ASSURANCES organise et prend en charge le déplacement aller - retour d'un proche désigné par le bénéficiaire, en train 1ère classe, bateau, taxi ou avion de ligne, classe économique, à compter du premier jour.
- IMA ASSURANCES organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 92 € pour 2 nuits.

4.2 AIDE-MENAGERE

- **En cas d'hospitalisation imprévue** *de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES met une aide-ménagère à leur disposition :*
- s'il y a lieu, dès le premier jour afin de venir en aide aux proches demeurant au domicile ;
- ou à son retour au domicile.
- **En cas d'immobilisation au domicile** *de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES met une aide-ménagère à sa disposition à compter du premier jour.*

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 30 jours.

Cette garantie peut s'appliquer immédiatement en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint.

4.3 PRISE en CHARGE des ENFANTS EN CAS D'INDISPONIBILITE DES PARENTS*

Lorsque l'hospitalisation immédiate et imprévue de l'adhérent ou de son conjoint ou une immobilisation au domicile de plus de 5 jours ne leur permet pas de s'occuper de leurs enfants*, IMA ASSURANCES organise et prend en charge dès le premier jour de l'événement l'une des garanties suivantes :

- ***Le déplacement d'un proche***

Déplacement aller et retour d'un proche désigné par l'adhérent ou son conjoint pour garder les enfants* au domicile (train 1ère classe, bateau, taxi ou avion de ligne, classe économique).

- ***Le transfert des enfants***

Le voyage aller et retour des enfants* ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, en train 1ère classe, bateau, taxi ou avion de ligne, classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.
En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'accompagnement des enfants* par l'un de ses prestataires conventionnés.

- ***La garde des enfants***

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- le transfert et la garde des enfants* chez une assistante maternelle dans la limite de 30 heures réparties sur un mois à compter de la date de l'événement.
- s'il y a lieu, la garde des enfants* au domicile par un intervenant autorisé, dans la limite de 30 heures, réparties sur un mois à compter de la date de l'événement. Cette garantie peut être complétée par l'accompagnement aller et retour des enfants* à l'école.

- ***La conduite à l'école et le retour au domicile des enfants****

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants* au domicile par l'un de ses prestataires, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période d'un mois ;

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions.
Cette garantie peut s'appliquer immédiatement en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint.

* selon les critères d'âge définis dans les définitions

4.4 GARDE des ENFANTS EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT CORPOREL*

En cas de maladie imprévue ou d'accident entraînant une immobilisation de plus de 2 jours des enfants* au domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge dès le 1er jour de l'événement :

- ***Le déplacement d'un proche***

Le déplacement aller et retour d'un proche désigné par l'adhérent ou son conjoint au chevet de l'enfant*, en taxi, train 1ère classe ou avion classe économique.

- ***La garde des enfants***

Dans l'hypothèse où la précédente garantie ne trouverait à s'appliquer, la garde des enfants* malades ou accidentés, dans la limite de 30 heures réparties sur un mois à compter de la date de la maladie ou de l'accident, selon la situation.

* selon les critères d'âge définis dans les définitions

4.5 ECOLE à DOMICILE

Si, à la suite d'un accident corporel ou d'une maladie imprévue, l'enfant** de l'adhérent est immobilisé au domicile pour une durée de plus de 2 semaines, IMA ASSURANCES organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire. Il s'agit de cours particuliers dans les matières principales (mathématique, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), donnés au domicile de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires et jours fériés.

** sans limite d'âge pour la garantie école à domicile

4.6 EN CAS DE SEJOUR PROLONGE EN MATERNITE

En cas de séjour de plus de 8 jours en maternité, la bénéficiaire bénéficie des garanties d'aide-ménagère (Art. 4.2) et de prise en charge des enfants (Art.4.3).

4.7 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS en cas d'indisponibilité de l'adhérent ou de son conjoint

En cas d'hospitalisation immédiate et imprévue de l'adhérent ou de son conjoint, ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours, et lorsque ses ascendants ou toute personne dépendante vivant au domicile ne peuvent se prendre en charge, IMA ASSURANCES organise et assume les coûts :

- du déplacement aller et retour d'un proche, désigné par l'adhérent ou son conjoint, susceptible de s'en occuper au domicile (billet de train 1ère classe, bateau, taxi ou avion de ligne, classe économique) ;

- de leur déplacement aller et retour au domicile d'un proche désigné par l'adhérent ou son conjoint, en train 1ère classe, bateau, taxi ou avion de ligne, classe économique ;
- de leur garde à domicile dans la limite de 30 heures, réparties sur un mois à compter de la date de l'événement.

Cette garantie peut s'appliquer immédiatement en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint.

4.8 TRANSFERT ET GARDE d'ANIMAUX DOMESTIQUES

En cas d'hospitalisation immédiate et imprévue de plus de 48 heures ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux domestiques vivant au domicile, dans la limite de 30 jours.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires

Cette garantie peut s'appliquer immédiatement en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

4.9 SERVICES DE PROXIMITE (hors DROM)

• Livraison de médicaments

Lorsque le bénéficiaire est immobilisé à son domicile pendant plus de 5 jours et que ni lui ni l'un de ses proches ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA ASSURANCES se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche de son domicile et de les lui livrer. Le prix des médicaments demeure à la charge du membre participant.

• Portage d'espèces

Lorsque le bénéficiaire immobilisé à son domicile pendant plus de 5 jours ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :
- son transport aller/retour à son établissement bancaire,
- ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires agréés, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA ASSURANCES dans un délai d'un mois.

• Portage de repas

Lorsque le bénéficiaire immobilisé à son domicile pendant plus de 5 jours n'est pas en mesure de préparer lui-même ses repas ou de les faire préparer par son entourage, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la livraison d'un repas à concurrence de 10 livraisons réparties sur un mois. Le prix des repas demeure à la charge du bénéficiaire.

• Livraison de courses

Lorsque le bénéficiaire est immobilisé à son domicile pendant plus de 5 jours, et que ni lui, ni son entourage ne sont en mesure de faire les courses, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :
- son transport - aller / retour - au centre commercial le plus proche de son domicile
- ou bien les frais de livraison d'une commande par semaine, dans la limite de 4 semaines.

• Coiffure à domicile

Lorsque le bénéficiaire, immobilisé à son domicile pendant plus de 5 jours, nécessite des soins de coiffure, IMA ASSURANCES organise et prend en charge les frais de déplacements d'un coiffeur à son domicile dans le mois suivant son immobilisation.

Le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge du bénéficiaire.

4.10 EN CAS DE PATHOLOGIE LOURDE ou de traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie, curiethérapie pour l'adhérent ou son conjoint

- En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie lourde, selon la liste établie dans les définitions,
- En cas de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie,
- Suite à l'aggravation, dûment justifiée par un certificat médical, d'une pathologie mentionnée ci-dessus,

IMA ASSURANCES, organise et prend en charge les garanties décrites ci-dessous :

4.10.1. Conseil social

La fonction de ce service est d'apporter des réponses à l'adhérent en s'appuyant sur l'analyse des difficultés de vie quotidienne, ou les attentes des personnes dans les domaines de la vie personnelle, familiale, sociale, professionnelle et économique.

IMA ASSURANCES met en relation le bénéficiaire avec un Travailleur Social* ou un Assistant social et prend en charge de 1 à 5 entretiens téléphoniques par foyer. Ce service est accessible du lundi au vendredi de 9 h à 19 h pour une durée d'un an à compter de la date du premier appel.

Le Travailleur Social* ou l'Assistant social s'appuie sur une approche globale de la personne afin de prendre en compte sa ou ses problématiques. Il doit être en capacité d'écouter pour identifier les priorités et faire des préconisations.

Sa mission lui permet d'informer le bénéficiaire :
- *sur les avantages/inconvénients des différents modes d'intervention (aide à domicile…) et leurs coûts,.*
- *sur les aides financières existantes et les démarches à réaliser,*
- *sur l'ensemble des prestations et des droits sociaux suite à une situation de dépendance.*

* titulaire du diplôme de Conseiller en Economie Sociale et Familiale

4.10.2. Assistance psychologique

En cas de survenance ou d'aggravation de pathologie mentionnée au 4.10, affectant l'un des bénéficiaires, IMA ASSURANCES peut organiser et prendre en charge, selon la situation :
- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien du lundi au vendredi de 9 h à 19 h.
- et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les prestations doivent être exécutées dans un délai de un an à compter de la date de survenance de l'événement.

4.11 GARANTIES COMPLEMENTAIRES en cas pathologie nécessitant un traitement par radiothérapie, chimiothérapie, trithérapie, quadrithérapie et curiethérapie pour l'adhérent ou son conjoint

En cas de nécessité de traitement médical entraînant des séances de radiothérapie, de chimiothérapie, trithérapie, quadrithérapie et curiethérapie en établissement hospitalier ou à domicile, IMA ASSURANCES met à la disposition de l'adhérent ou de son conjoint une aide-ménagère. Cette garantie est accordée pendant la durée du traitement, dans la limite de 30 heures, selon la situation.

Les garanties relatives à la prise en charge des enfants de moins de 18 ans (Art. 4.3) et à la prise en charge des ascendants (Art. 4.7) ou des personnes dépendantes vivant au domicile sont également applicables.

4.12 TRANSMISSION de MESSAGES URGENTS

En cas de nécessité, IMA ASSURANCES se charge de transmettre des messages urgents à la famille du bénéficiaire.

4.13 EN CAS de DECES

• ***Obsèques***

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, IMA ASSURANCES peut assister la famille dans l'organisation des obsèques et faire l'avance des frais y afférents. La somme avancée sera remboursable dans un délai de 30 jours.

• ***Informations***

À la suite du décès d'un bénéficiaire, IMA ASSURANCES peut apporter toutes les informations utiles aux proches vivants au domicile (dispositions à prendre, démarches relatives aux dons d'organes, à la crémation, à la succession …).

4.14 GARANTIES MEDICALES

• ***Conseils médicaux***

Hors urgence médicale et en l'absence du médecin traitant, des conseils médicaux, liés à un accident corporel ou à une maladie à domicile, peuvent être prodigués par les médecins d'IMA ASSURANCES. Ces conseils ne pourront cependant pas être considérés comme des consultations médicales.

• ***Recherche d'un médecin***

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que **l'événement ne relève pas de l'urgence**, IMA ASSURANCES peut aider le bénéficiaire à rechercher un médecin.

• ***Recherche d'une infirmière***

De la même façon IMA ASSURANCES peut, sur prescription médicale, aider le bénéficiaire à rechercher une infirmière.

• ***Recherche d'intervenants paramédicaux***

En dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, IMA ASSURANCES peut assister le bénéficiaire en difficulté dans sa recherche d'intervenants paramédicaux.

• ***Transport en ambulance***

Hors urgence médicale, IMA ASSURANCES organise, sur prescription médicale, le transport du bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté. Si son état de santé le nécessite, IMA ASSURANCES organise son retour au domicile par l'un de ces moyens. Les frais de transport demeurent à la charge du bénéficiaire. Ils sont remboursés dans les conditions légales et réglementaires de la Sécurité sociale et la mutuelle.

4.15 PREVENTION DES TROUBLES MUSCULO-SQUELETIQUES (TMS)

À tout moment, afin d'aider l'adhérent ou son conjoint souhaitant obtenir des informations sur la prévention des TMS, IMA ASSURANCES organise et prend en charge un bilan téléphonique réalisé par un ergothérapeute avec remise de préconisations.

Cette garantie est limitée à un bilan par an.

Cette prestation, basée sur **une approche plurifactorielle des facteurs de risques**, consiste :

1 - En un recueil de données via un bilan téléphonique

Lors de l'échange téléphonique, l'ergothérapeute présentera globalement la démarche au bénéficiaire et procèdera à un recueil de données via des outils dédiés. Ce recueil concernera tant les caractéristiques individuelles de la personne que son environnement de travail, le contexte, ... : description du poste, tâches effectuées, rythme et cadences, facteurs biomécaniques, contraintes horaires, ... L'objectif est d'apporter un premier niveau de sensibilisation et d'information sur les troubles musculo-squelettiques et leurs conséquences

2 - En l'envoi d'un document de synthèse faisant un état de propositions et solutions pratiques pour le bénéficiaire.

Ce document proposera une synthèse du recueil de données, une analyse, et la proposition de mesures correctrices et solutions pratiques parmi lesquelles on retrouve les outils et équipements, le rappel des bonnes postures ou des bons gestes, les exercices à réaliser, une orientation vers un professionnel ou une structure, ...

4.16 PREVENTION DU STRESS AU TRAVAIL

À tout moment, afin d'aider l'adhérent ou son conjoint souhaitant obtenir des informations sur la prévention du stress au travail, IMA ASSURANCES organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par an avec un psychologue clinicien.

Celui-ci cherchera à faire émerger le risque, notamment par la collecte d'indicateurs déjà disponibles sur le fonctionnement du salarié dans son entreprise (turnover, production, qualité, temps de travail, accidents du travail, troubles musculosquelettiques, activité du service de santé au travail…).

Le psychologue évaluera avec le bénéficiaire les sources de stress au travail et proposera des mesures pour réduire les facteurs de risques révélés par le diagnostic.

4.17 INFORMATIONS ADMINISTRATIVES, SOCIALES, JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE

Afin d'aider les adhérents souhaitant obtenir des informations à caractère général, IMA ASSURANCES s'efforce d'orienter les appelants vers les services appropriés, ou de rechercher et communiquer par téléphone les informations suivantes, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés :

- **famille :** régimes matrimoniaux - grossesse, naissance - adoption - filiation - nationalité - incapables mineurs, majeurs - ascendants à charge - divorce - pension alimentaire hors divorce - prestations familiales - PACS
- **enseignement :** établissements scolaires - séjours linguistiques - aides financières pour scolaires, étudiants - téléenseignement - orientation pédagogique - université
- **santé :** don du sang ou d'organes - dossiers médicaux - médecine scolaire - responsabilité médicale, paramédicale - Sécurité sociale
- **droit du travail :** travail temporaire - travail à domicile - les contrats de travail - travail à temps partiel - fonction publique - licenciement - chômage - accidents du travail
- **formation :** congé individuel de formation - contrat de qualification - contrat d'orientation - stages
- **retraite :** retraite de base et/ou complémentaire - modalités de départ - réversion - préretraite - travail pendant la retraite - prestations familiales - aides sociales
- **succession :** donations - héritiers réservataires - testament - succession sans testament - droits du conjoint survivant
- **fiscalité, administration :** impôts - administration - traitements et salaires - revenus fonciers - plus-values - charges déductibles - déclarations - impôts locaux - paiements - contrôles - réclamations
- **justice :** auxiliaires de justice - comment obtenir une aide juridique - juridictions pénales - juridictions civiles - juridictions administratives
- **habitation, logement :** baux d'habitation - contrats - accession à la propriété - acte de construire - achat ou vente d'un bien immobilier - copropriété - autres demandes liées à la propriété - permis de construire, formalités - certificat de conformité - contrats de construction - rénovation (artisans) - garantie de bon fonctionnement / biennale/décennale - litiges de chantiers - relations de voisinage
- **location :** contrat de location - locations meublées - locations saisonnières - location d'immeuble - loyer - travaux, réparations - bail - fin du bail et ses conséquences - contestations et litiges
- **banque / crédit :** cartes bancaires - chèques - autres moyens de paiement - incidents d'utilisation (perte, vol) - opposition - découverts - crédit : fonctionnement, différentes sortes de crédit, litiges - placements
- **consommation :** litiges avec un commerçant, une entreprise, un artisan - litiges avec un prestataire de services : agence de voyages, hôtel, restaurant, pressing, teinturerie, déménageurs, vendeurs d'ordinateurs, de téléphones mobiles
- **automobile :** vente, achat à un professionnel ou un particulier - vices cachés - location - contrôle technique - carte grise - garagistes : responsabilité, entretien, factures - permis de conduire : points, suspension - documents administratifs
- **vie pratique :** enseignement, formation - formalités, cartes, permis - relations avec l'administration
- **vacances à l'étranger :** vaccinations - formalités - visas.

5. GARANTIES COMPLEMENTAIRES - PACK INTERIALE FILIA FAMILLE (OFFRE FACULTATIVE)

5.1 CONDUITE AUX ACTIVITES EXTRASCOLAIRES DES ENFANTS (< 15 ans)

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 48 heures ou d'une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES, organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par enfant sur une période de 10 jours.

5.2 AIDE AUX DEVOIRS DES ENFANTS (< 15 ans)

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 48 heures de l'adhérent ou de son conjoint, IMA ASSURANCES organise et prend en charge un soutien pédagogique au domicile auprès des enfants du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), à raison de 4 heures par enfant et par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés.
Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 15 jours.

5.3 AIDE À L'ORGANISATION DE LA VIE QUOTIDIENNE EN CAS D'ARRIVEE D'UN NOUVEL ENFANT

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un entretien téléphonique par la famille, réalisé par une Conseillère en Economie Sociale et Familiale, du lundi au vendredi de 9 h à 19 h.
Ce diagnostic téléphonique personnalisé vise à anticiper un éventuel déséquilibre familial et budgétaire lié à l'arrivée d'un nouvel enfant et à aider l'adhérent ou son conjoint à se projeter vers une nouvelle organisation de vie.
Cette garantie est utilisable dans les 6 mois suivant la naissance ou l'adoption de l'enfant.

5.4 INFORMATIONS MATERNITE ET PREVENTION SANTE AU QUOTIDIEN

Des informations peuvent être prodiguées par une équipe médicale 24h/24, hors urgence, sur les thèmes suivants :

- Alimentation pendant la grossesse, alimentation du nourrisson,
- Allaitement,
- Sommeil,
- Hygiène,
- Environnement,
- Notions médicales simples et de prévention (médicaments proscrits pendant la grossesse, examens à effectuer, vaccinations…)

Ces conseils ne pourront cependant pas être considérés comme des consultations médicales.

6. GARANTIE COMPLEMENTAIRE - PACK INTERIALE FILIA PRO (OFFRE FACULTATIVE)

Assistance psychologique

En cas d'événements traumatisants, tels qu'un accident, une agression, une pathologie lourde maladie, un décès, un licenciement, affectant l'adhérent dans le cadre de sa vie privée ou professionnelle, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, selon la situation :

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien
- et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les prestations doivent être exécutées dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement.

ANNEXE 7 : Protection Juridique Santé / Protection Juridique pénale professionnelle

Notice d'information valant Conditions Générales du contrat Intériale Filia Protection juridique « SANTE » et Protection juridique « PENALE PROFESSIONNELLE » n°5 603 595 904.

La présente Notice d'Information valant Conditions Générales, rédigée en langue française, est soumise à la compétence des tribunaux français et relève de la loi française. Elle est régie par le Code des assurances et par les présentes dispositions.

1. LES DEFINITIONS

1.1 Les définitions communes aux deux garanties

Souscripteur : Intériale FILIA, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 444 590 160, dont le siège social est 5, rue Choron, 75009 Paris. Mutuelle substituée par Intériale, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 775 685 365, et dont le siège social est 5, rue Choron, 75009 Paris.

Nous, l'assureur : JURIDICA, 1 place Victorien Sardou, 78160 MARLY LE ROI, S.A. au capital de 14.627.854,68 € - 572 079 150 R.C.S. Versailles - Entreprise régie par le Code des assurances - TVA intracommunautaire : FR 69 572 079 150.

L'Assuré ou Vous : confère l'article 1.2 les définitions spécifiques ci-dessous.

Affaire : litige entraînant la saisine d'une juridiction par des parties qui s'opposent sur des mêmes faits afin que leurs positions soient tranchées et ce quels que soient les développements de procédure mis en œuvre devant cette juridiction.

Année d'assurance : période comprise entre deux échéances principales de cotisation.

Avocat postulant : avocat qui représente une partie devant un Tribunal de Grande Instance lorsque l'avocat choisi par le client pour plaider son dossier n'est pas inscrit au barreau devant lequel le procès a lieu.

Consignation pénale : dépôt d'une somme entre les mains du juge par un justiciable plaignant tendant à garantir le bien-fondé de sa plainte avec constitution de partie civile.

Convention d'honoraires : convention signée entre l'avocat et son client fixant les honoraires et les modalités de règlement. Cette convention est rendue obligatoire en assurance de protection juridique, sauf urgence, du fait du décret N°2007-932 du 15 mai 2007.

Dépens : part des frais engendrés par un procès dont le montant fait l'objet d'une tarification par voie réglementaire (notamment émoluments des officiers publics ou ministériels, indemnités des témoins), ou par décision judiciaire (rémunération des experts et techniciens) et que le tribunal met à la charge de l'une des parties qui est le plus souvent la perdante.

Dol : manœuvres, mensonges, silence sur une information (réticence dolosive) ayant pour objet de tromper l'une des parties en vue d'obtenir son consentement.

Fait générateur du litige : apparition d'une difficulté juridique matérialisée par l'atteinte à un droit ou par le préjudice que vous avez subi ou causé à un tiers, avant toute réclamation s'y rattachant.

Frais irrépétibles : Frais non pris en compte dans les dépens que le juge peut mettre à la charge d'une des parties au procès au titre de l'article 700 du Code de procédure civile ou son équivalent devant les autres juridictions françaises ou étrangères. Ces frais concernent des dépenses engagées avant l'ouverture de l'instance et pendant celle-ci, ainsi que les frais à venir. Ils comprennent notamment les honoraires et plaidoiries de l'avocat, les mémoires et les consultations, les frais de constat d'huissier, les frais de consultation médicale, les frais de déplacements et de démarches exposées par une partie, un manque à gagner.

Frais proportionnels : somme qui a vocation à couvrir l'ensemble des travaux et diligences effectués par l'huissier de justice, ainsi que les frais supportés par ce dernier à l'exception des frais de déplacement, de débours et des travaux rémunérés par des honoraires libres.

Indice de référence : Indice des prix à la consommation - ensemble des ménages-France entière (Métropole + DOM) - autres biens et services (base 100 : année 1998), établi et publié chaque mois par l'INSEE, ou l'indice qui lui serait substitué. Une seule valeur d'indice est retenue pour toute l'année civile ; il s'agit de celle du mois d'août précédant l'année civile de la déclaration (pour l'exercice 2013, la valeur retenue est 136,80).

Intérêts en jeu : le montant du litige, hors pénalités de retard, intérêts et demandes annexes. Pour les contrats dont l'application s'échelonne dans le temps, selon une périodicité convenue, le montant du litige correspond à une échéance.

Litige : opposition d'intérêts, désaccord ou refus opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire, vous conduisant à faire valoir des prétentions en demande ou en défense, que ce soit à l'amiable ou devant une juridiction.

Prescription : période au-delà de laquelle une demande n'est plus recevable.

1.2 Les définitions spécifiques :

1.2.1 À la garantie Intériale Filia Protection Juridique Santé

Assuré ou vous : la personne physique adhérente à l'une des formules frais de santé Intériale Filia Responsable, Intériale Filia Equilibre, Intériale Filia Confort, Intériale Filia Sérénité, désignée comme membre participant par le Souscripteur, mais aussi, son conjoint, son concubin notoire ou partenaire signataire d'un Pacte Civil de Solidarité, ainsi que leurs enfants respectifs ou ascendants à charge au sens fiscal du terme.

1.2.2 À la garantie Intériale Filia Protection juridique Pénale Professionnelle

Assuré ou vous : la personne physique adhérente à l'une des formules frais de Santé Intériale Filia Responsable, Intériale Filia Equilibre, Intériale Filia Confort, Intériale Filia Sérénité, exclusivement dans l'exercice de ses fonctions professionnelles, et désignée comme membre participant par le Souscripteur.

La qualité d'assuré est étendue aux conjoints, enfants et ascendants directs (parents, grands-parents et arrières grands-parents des membres participants) pour la seule garantie « atteinte à l'intégrité ».

2. NOS ENGAGEMENTS

En prévention d'un éventuel litige, pour vous aider à contourner au mieux vos difficultés juridiques, nous nous engageons à vous renseigner et vous orienter, par :

2.1 Information juridique par téléphone

2.1.1 Définition

Pour toute question ou difficulté juridiques survenant dans les domaines mentionnés ci-après et en prévention d'un éventuel litige, nous vous renseignons sur vos droits et obligations. Nous vous orientons sur les démarches à entreprendre. Nos juristes vous délivrent une information juridique et pratique à partir des principes généraux du droit français et du droit monégasque sur la législation applicable. Nous vous orientons sur les démarches à entreprendre. La prestation d'information juridique par téléphone est délivrée du lundi au vendredi de 9h30 à 19h30, au numéro **01.30.09.98.80 sauf jours fériés (numéro d'appel non surtaxé, coût d'un appel local)**.

2.1.2 Domaine de l'information juridique

- *Domaine de l'information juridique de la garantie Intériale Filia Protection juridique Santé*

Nous répondons, en prévention d'un éventuel litige, aux questions ou difficultés juridiques relatives au droit de la Santé et son environnement, ou en rapport avec le Code de la Santé Publique, ou avec le Code de la Sécurité Sociale.

- *Domaine de l'information juridique de la garantie Intériale Filia Protection juridique Pénale Professionnelle*

Nous répondons, en prévention d'un éventuel litige aux questions ou difficultés juridiques survenant dans les domaines mentionnés à l'article 3.3.2 « Domaine de garantie de la garantie Intériale Filia Protection juridique Pénale Professionnelle » de la présente notice d'information valant Conditions Générales.

2.2 Validation juridique des contrats

2.2.1 Définition

Nous vous assistons dans la lecture et la compréhension d'un projet de contrat ou d'avenant, rédigé en français et relevant du droit français dans les domaines mentionnés ci-après.

Lorsqu'une difficulté juridique est identifiée, le projet de contrat ou l'avenant au contrat est soumis à un avocat qui confirme, par écrit, sa validité juridique ou propose un aménagement.

Dans ce cadre, nous prenons en charge les frais et honoraires de l'avocat, **dans la limite du montant maximum de prise en charge défini au chapitre 6 «La prise en charge financière » de la présente Notice d'information valant Conditions Générales**.

2.2.2 Domaines de la validation juridique

- *Domaine de la validation juridique de la garantie Intériale Filia Protection juridique Santé*

Les projets de contrats ou les avenants aux contrats de séjour en maison de repos ou en établissement médicalisé ; les projets de contrats ou projets d'avenants aux contrats avec un employé de maison, une association ou une entreprise venant en aide à une personne malade.

- *Domaine de la validation juridique de la garantie Intériale Filia Protection juridique Pénale Professionnelle*

Les projets de contrats ou avenants aux contrats de travail.

3. DOMAINES DE GARANTIE

3.1 Gestion amiable

En cas de litige garanti, nous analysons les aspects juridiques de la situation litigieuse. Nous vous délivrons un conseil personnalisé en vue de sa résolution. Nous déterminons ensemble la meilleure stratégie à adopter pour défendre vos intérêts.

En concertation avec vous, nous intervenons directement auprès de la partie adverse pour lui exposer notre analyse du litige.

Si cela est opportun, selon la nature du litige, nous pouvons être amenés à déléguer la gestion du litige à un prestataire externe.

Si vous êtes ou si nous sommes informés que la partie adverse est assistée ou représentée par un avocat, vous serez assisté dans les mêmes conditions. À ce titre, vous disposez du libre choix de votre avocat.

Si le litige nécessite le recours à une expertise amiable ou à un constat d'huissier, nous faisons appel à des prestataires spécialisés avec lesquels nous travaillons habituellement et dont nous définissons la mission.

Nous prenons en charge les frais et honoraires engagés **dans la limite du montant maximum de prise en charge pour l'aide à la résolution des litiges à l'amiable figurant au chapitre 6 «La prise en charge financière » de la présente Notice d'information valant Conditions Générales**.

3.2 Gestion judiciaire

Sous réserve de l'opportunité de l'action et à condition que le montant des intérêts en jeu soit supérieur à :

- **320 euros toutes taxes comprises pour la garantie Intériale Filia Protection juridique Santé**
- **350 euros hors taxes pour la garantie Intériale Filia Protection juridique Pénale Professionnelle**

à la date de déclaration du litige, nous vous assistons dans la mise en œuvre d'une action en justice, si l**a démarche amiable n'aboutit pas ; ou si les délais sont sur le point d'expirer ou si vous avez reçu une assignation et devez être défendu**.

Vous disposez du libre choix de votre avocat : vous pouvez en choisir un de votre connaissance, après nous en avoir informés et nous avoir communiqué ses coordonnées, ou, si vous en formulez la demande par écrit, choisir parmi ceux que nous vous proposons pour leur compétence dans le domaine concerné ou leur proximité.

Dans les deux cas, vous négociez avec la personne désignée le montant de ses frais et honoraires dans le cadre d'une convention d'honoraires.

Par ailleurs, vous devez nous informer de l'état d'avancement de votre affaire dans le respect de votre contrat. Si la décision de justice prononcée en votre faveur le nécessite, nous faisons procéder à son exécution par l'intermédiaire d'un huissier de justice **sous réserve de l'opportunité d'une telle action**.

Nous transmettons alors à l'huissier de justice saisi toutes les informations lui permettant d'intervenir auprès de votre adversaire débiteur.

A l'occasion d'un litige garanti, nous prenons en charge les frais et honoraires engagés pour sa résolution **dans la limite des montants maximum de prise en charge pour l'aide à la résolution des litiges au judiciaire et des frais non tarifés et honoraires d'avocat figurant au chapitre 6 « La prise en charge financière » de la présente Notice d'information valant Conditions Générales**.

3.3 Domaines de garantie

3.3.1 Domaines de garantie Intériale Filia Protection juridique Santé

Vous êtes garanti **dans le cadre de votre vie privée**, dans les domaines suivants :

3.3.1.1 Recours médical

Nous défendons vos intérêts si vous êtes victime d'une erreur médicale, si vous subissez un préjudice du fait d'un diagnostic susceptible d'être erroné, d'un traitement administré, d'une intervention chirurgicale ou de soins délivrés par un personnel médical qualifié, et si l'acte est effectué sur prescription médicale ou dans un établissement public ou privé d'hospitalisation ou de soins.

3.3.1.2 Consommation médicale

Nous défendons vos intérêts en cas de litige vous opposant à un vendeur ou à un prestataire de services, professionnel, à l'occasion de l'achat, l'entretien, la réparation ou la location d'un matériel médical et/ou paramédical.

3.3.1.3 Relations avec la Sécurité sociale

Nous défendons vos intérêts en cas de litige vous opposant à un organisme de sécurité sociale, portant sur un refus de prise en charge de soins prescrits par un professionnel de la santé.

3.3.1.4 Utilisation frauduleuse des données personnelles

Nous défendons vos intérêts en cas de litige lié à l'usage non autorisé de votre numéro de Sécurité sociale ou votre numéro URSSAF ou votre numéro de Caisse d'Allocations Familiales ou votre numéro CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) par un tiers dans le but de réaliser une action frauduleuse, vous entrainant un préjudice. **Notre intervention est subordonnée au dépôt d'une plainte de votre part**.

3.3.2 Domaines de garantie Intériale Filia Protection juridique Pénale Professionnelle

Vous êtes garanti **dans le cadre de l'exercice de votre activité professionnelle**, dans les domaines suivants :

3.3.2.1 Garde à vue

Lorsque vous êtes placé en garde à vue à la suite d'une enquête vous impliquant, nous prenons en charge les frais et honoraires de l'avocat que vous aurez choisi pour vous assister.

3.3.2.2 Défense pénale

Vous êtes garanti en cas de poursuite pour contravention ou délit devant une juridiction pénale ou disciplinaire ou une commission administrative ou de discipline pour des faits commis dans l'exercice de votre activité professionnelle.

3.3.2.3 Atteinte à l'intégrité physique

Vous êtes garanti en cas de litige portant sur la réparation de l'atteinte à votre intégrité physique consécutive à une agression ou à un accident imputables à un tiers, ou lorsque vous êtes victime de violences ou voies de fait.

3.3.2.4 Diffamation et injures

Vous êtes garanti lorsque vous êtes victime du délit de diffamation ou d'injures publiques commis par un tiers.

3.3.2.5 Dénonciation calomnieuse ou mensongère

Vous êtes garanti lorsque vous êtes victime d'une dénonciation calomnieuse ou d'une dénonciation mensongère au sens des articles 226-10 et 434-26 du Code pénal, vous causant un préjudice dans l'exercice de votre activité professionnelle.

4. EXCLUSIONS

4.1 Exclusions communes aux garanties Intériale Filia Protection juridique Santé et Pénale Professionnelle

Nous ne garantissons pas les litiges:

- ***survenant entre assurés ;***
- ***découlant de votre opposition à Interiale Filia.***

4.2 Exclusions spécifiques de la garantie Intériale Filia Protection juridique Santé

Sont exclus les litiges résultant :

- ***d'un dépassement d'honoraires ou d'un honoraire ne résultant pas d'un acte médical codifié ;***
- ***de soins ou d'opérations de chirurgie esthétique sauf ceux relatifs à de la chirurgie réparatrice prise en charge par la Sécurité Sociale ;***
- ***de maladies d'origine professionnelle prévues à l'article R.461-3 du Code de la Sécurité Sociale, sur l'indemnisation de risques sériels, ainsi que des affections liées à l'amiante ou aux prions ;***
- ***de l'aménagement de délais de paiement n'impliquant pas de votre part une contestation sur le fond ;***
- ***d'une utilisation frauduleuse de votre identité avec votre complicité ;***
- ***d'une utilisation frauduleuse de votre identité par les membres de votre famille, ou par une personne ayant la qualité d'assuré ;***
- ***de votre droit à l'image.***

4.3 Exclusions spécifiques de la garantie Intériale Filia Protection juridique Pénale Professionnelle

Nous ne garantissons pas les litiges découlant de :

- ***votre mise en cause pour dol, d'une poursuite liée à un délit intentionnel au sens de l'article 121-3 du Code pénal ou à un crime, ou d'une faute personnelle.***

Toutefois, nous prenons en charge les honoraires de votre avocat, dans l'hypothèse où la décision, devenue définitive, écarterait le caractère intentionnel de l'infraction (non-lieu, requalification, relaxe…) ou le dol. Ce remboursement s'effectue dans la limite des engagements financiers définis au chapitre 6 « La prise en charge financière » de la présente notice d'information valant Conditions Générales.

5. CONDITIONS DE NOTRE INTERVENTION

5.1 Les conditions de garantie

Pour que le litige déclaré soit garanti, les conditions suivantes doivent être remplies :

- ***le fait générateur du litige ne doit pas être connu de vous à la date de prise d'effet de votre garantie ;***
- ***vous devez nous déclarer votre litige entre la date de prise d'effet de votre garantie et celle de sa résiliation*** *- toutefois, vous bénéficiez d'un délai supplémentaire de deux mois à compter de la prise d'effet de la résiliation pour nous déclarer un litige survenu pendant la période de validité de votre garantie ;*
- *afin que nous puissions analyser les informations transmises et vous faire part de notre avis sur l'opportunité des suites à donner à votre litige,* ***vous devez recueillir notre accord préalable AVANT de saisir une juridiction, d'engager une nouvelle étape de la procédure ou d'exercer une voie de recours ;***
- ***les intérêts en jeu doivent être supérieurs à 320 euros toutes taxes comprises pour la garantie Intériale Filia Santé ou 350 euros hors taxes pour la garantie Intériale Filia Pénal Professionnel****, à la date de la déclaration du litige, pour que nous vous aidions à résoudre votre litige au judiciaire ;*
- ***vous devez avoir contracté et maintenu en vigueur les assurances légales obligatoires qui vous incombent ;***
- ***aucune garantie de responsabilité civile n'est susceptible d'assurer la défense de vos intérêts pour le litige considéré ;***
- ***vous ne devez faire aucune déclaration inexacte sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine du litige ou plus généralement sur tous les éléments pouvant servir à la résolution du litige. A défaut, vous serez entièrement déchu de tout droit à garantie pour le litige considéré****.*

5.2 La territorialité

Les présentes garanties vous sont acquises pour les litiges découlant de faits survenus dans l'un des pays énumérés ci-après, qui relèvent de la compétence d'un tribunal de l'un de ces pays, et dont l'exécution des décisions rendues s'effectue également dans l'un de ces pays :

- *Pour la garantie Intériale Filia Protection juridique Santé :*
- France, DOM, Pays et Territoires d'Outre-mer et Monaco ;
- Etats membres de l'Union européenne au 1er janvier 2011, Andorre, Liechtenstein, Norvège, Saint-Marin, Suisse et Vatican, **si le litige y survient lors d'un séjour de moins de trois mois consécutifs**.
- *Pour la garantie Intériale Filia Protection juridique Pénale Professionnelle :*
- France, DOM, Pays et Territoires d'Outre-mer et Monaco.

5.3 En cas de désaccord

Après analyse des informations transmises, nous envisageons l'opportunité des suites à donner à votre litige à chaque étape significative de son évolution. Nous vous en informons et en discutons avec vous.

En cas de désaccord entre vous et nous portant sur le fondement de vos droits ou sur les mesures à prendre pour régler le litige, vous pouvez selon les dispositions de l'article L 127-4 du Code des assurances :

- *soit soumettre cette difficulté à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord ou désignée à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance. Nous prenons les frais exposés pour la mise en œuvre de cette action ; cependant, le Président du Tribunal de Grande Instance peut les mettre à votre charge s'il considère que vous avez mis en œuvre cette action dans des conditions abusives.*
- *soit exercer l'action, objet du désaccord, à vos frais ; dans ce cas, si vous obtenez une solution définitive plus favorable que celle proposée par nous ou la tierce personne citée ci-dessus, nous vous remboursons les frais et honoraires que vous avez engagés pour cette action,* ***dans les conditions et limites prévues au chapitre 6 «La prise en charge financière » de la présente notice d'information valant Conditions Générales****.*

5.4 En cas de conflit d'intérêts

En vertu de l'article L.127-5 du Code des assurances, vous avez la liberté de choisir votre avocat chaque fois que survient un conflit d'intérêts entre vous et nous. Dans ce cas, nous prenons en charge les frais et honoraires de l'avocat d**ans la limite des montants maxima de prise en charge des frais non tarifés et honoraires d'avocat et selon les conditions prévues au chapitre 6 « La prise en charge financière » de la présente notice d'information valant Conditions Générales**.

6. LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE

6.1 Nature et montants maxima des frais pris en charge

Au titre de la garantie « Validation juridique des contrats », notre prise en charge comprend les seuls frais et honoraires d'avocat **dans la limite de 500 euros toutes taxes comprises par année d'assurance**.

En phase amiable, notre prise en charge s'effectue dans la **limite maximale de 500 euros toutes taxes comprises**.

En phase judiciaire, notre prise en charge s'effectue :

- **dans la limite d'un plafond global de 15 000 euros toutes taxes comprises pour la garantie Intériale Filia Protection juridique Santé,**
- **et dans la limite d'un plafond global de 21 000 euros hors taxes pour la garantie Intériale Filia Protection juridique Pénale Professionnelle.**

En cas de litige garanti, nous prenons en charge :

- *les coûts de procès-verbaux de police ou de gendarmerie* ***que nous avons engagés*** *;*
- *les coûts de constats d'huissier* ***que nous avons engagés*** *;*
- *les honoraires et frais d'experts* ***que nous avons engagés*** *;*
- *la rémunération des médiateurs* ***que nous avons engagés*** *;*
- *les dépens y compris ceux qui sont mis à votre charge par le juge ;*
- *les honoraires et les frais non tarifés d'avocat.*

En cas de litige, nous ne prenons pas en charge :

- ***les frais proportionnels mis à votre charge en qualité de créancier ;***
- ***les honoraires de résultat des mandataires, quels qu'ils soient, fixés en fonction de l'intérêt en jeu ou en fonction du résultat définitif ou espéré des démarches engagées ;***
- ***les frais irrépétibles engagés par la partie adverse et mis à votre charge par le juge ;***
- ***les frais et honoraires des enquêteurs de droit privé (détectives privés) ;***
- ***les frais et honoraires d'un avocat postulant ;***
- ***les consignations pénales ;***
- ***les frais de consultation ou d'actes de procédure réalisés avant la déclaration de litige****, sauf s'il y a urgence à les avoir demandés ;*
- ***les frais et honoraires liés à une question prioritaire de constitutionnalité.***

6.2 Montants maxima de prise en charge des frais non tarifés et honoraires d'avocat au judiciaire

Les frais non tarifés et honoraires d'avocat intervenant au judiciaire sont pris en charge dans la limite des montants exprimés dans le tableau ci-dessous.

Les sommes remboursées à ce titre s'imputent alors sur les montants maxima de prise en charge pour l'aide à la résolution des litiges.

- *Pour la garantie Intériale Filia Protection juridique Santé* :

Montants de prise en charge des honoraires d'avocats

Les montants indiqués ci-dessous comprennent les frais de secrétariat, de déplacements et de photocopies. Ils ne sont pas indexés, sont calculés sur une TVA de 19.6 % et peuvent varier en fonction de la TVA en vigueur au jour de la facturation

Assistance		
- Assistance à expertise judiciaire - Assistance à mesure d'instruction - Recours précontentieux en matière administrative - Représentation devant une commission administrative, civile ou disciplinaire	330 €	Par intervention
- Assistance à transaction définitive ayant abouti à un protocole signé par les parties - Assistance à médiation ou conciliation ayant abouti et constatée par le juge	Le montant à retenir est celui qui aurait été appliqué si la procédure avait été menée à son terme devant la juridiction concernée	
Ordonnances, quelle que soit la juridiction (y compris le juge de l'exécution)		
- Ordonnance en matière gracieuse ou sur requête	540 €	Par ordonnance
- Ordonnance de référé	460 €	Par ordonnance
Première instance ci-dessous mentionnée (y compris les médiations et conciliations n'ayant pas abouti)		
- Juge de proximité ayant abouti à une décision définitive	670 €	Par affaire *
- Tribunal de police sans constitution de partie civile de l'assuré	340 €	Par affaire *
- Tribunal de grande instance, Tribunal des affaires de Sécurité sociale, Tribunal du contentieux de l'incapacité	1 000 €	Par affaire *
- Tribunal de commerce, Tribunal administratif	330 €	Par affaire *
- Conseil de prud'hommes • Bureau de conciliation (si la conciliation a abouti) • Bureau de jugement (si la conciliation n'a pas abouti)	500 € 1 000 €	Par affaire *
- CIVI commission d'indemnisation des victimes d'infraction, Tribunal correctionnel	730 €	Par affaire *
- CIVI après saisine du tribunal correctionnel, de la cour d'assises ou suite à un protocole d'accord avec le FGA	330 €	Par affaire *
Toute autre première instance non mentionnée		
- Autres juridictions de première instance (y compris le juge de l'exécution)	730 €	Par affaire *
Appel		
- En matière pénale	830 €	Par affaire *
- Toutes autres matières	1 150 €	Par affaire *
Hautes juridictions		
- Cour d'assises	1 660 €	Par affaire * (y inclus les consultations
- Cour de Cassation, Conseil d'Etat, Cour de justice des communautés européennes, - Cour Européenne des droits de l'Homme	2 610 €	

- *Pour la garantie Intériale Filia Protection juridique Pénale Professionnelle* :

Plafond de remboursement des honoraires d'avocat :

Ces montants comprennent les frais de secrétariat, de déplacements et de photocopies. Ils sont calculés sur une TVA de 19,6 %. Ils peuvent varier en fonction de la TVA en vigueur au jour de la facturation. Ils s'imputent sur les plafonds de garantie en vigueur au jour de la déclaration.

	Montants HT	Montants TTC	
Assistance			
- Garde à vue	1 054 €	1 260.58 €	Pour l'ensemble des interventions
- Expertise - Mesure d'instruction	400 €	478.40 €	Par intervention
- Recours précontentieux en matière administrative et fiscale - Commissions diverses	538 €	643.44 €	Par intervention
- Démarches amiables n'ayant pas abouti à une transaction	316 €	377.93 €	Par affaire * (y compris les consultations)
- Démarches amiables ayant abouti à une transaction définitive	632 €	755.87 €	Par affaire * (y compris les consultations)
- Transaction en phase judiciaire ayant abouti à un protocole (y compris médiation ou conciliation sauf en matière prud'homale)	Montant appliqué si la procédure était menée à son terme devant la juridiction concernée		Par affaire *
Première instance (y compris les médiations et conciliations n'ayant pas abouti)			
- Recours gracieux - Référé - Requête	643 €	769.02 €	Par affaire *
- Tribunal de police sans constitution de partie civile de l'assuré	379 €	453.28 €	Par affaire *
- Tribunal de grande instance - Tribunal des affaires de Sécurité sociale - Tribunal du contentieux de l'incapacité - Tribunal de commerce - Tribunal administratif	1 075 €	1 285.70 €	Par affaire *
- Conseil de prud'hommes • Bureau de conciliation (si la conciliation a abouti) • Bureau de conciliation et bureau de jugement (si la conciliation n'a pas abouti)	538 € 1 075 €	643.44 € 1 285.70 €	Par affaire *
- CIVI après saisine du tribunal correctionnel, de la cour d'assises ou suite à un protocole d'accord avec le FGA	316 €	377.93 €	Par affaire *
- Autres juridictions de première instance non mentionnées	801 €	957.99 €	Par affaire *
Appel			
- En matière pénale	843 €	1 008.22 €	Par affaire *
- Toutes autres matières	1 075 €	1 285.70 €	Par affaire *
Hautes juridictions			
- Cour d'assises	1 813 €	2 168.34 €	Par affaire * (y inclus les consultations
- Cour de Cassation - Conseil d'État - Cour de justice des communautés européennes	2 351 €	2 811.79 €	

La prise en charge des frais non tarifés et honoraires d'avocat s'effectue selon les modalités suivantes :

- soit nous réglons directement l'avocat qui a été saisi sur justificatifs de la procédure engagée, de la décision rendue et sur présentation d'une délégation d'honoraires que vous avez signée ;
- soit, à défaut de cette délégation, vous réglez toutes taxes comprises les frais et honoraires de l'avocat saisi et nous vous remboursons sur présentation de la décision rendue, du protocole signé ou des démarches effectuées d'une part, et d'une facture acquittée d'autre part.

Lorsque vous avez avec plusieurs personnes un même litige contre un même adversaire et que vous avez confié à un même avocat la défense de ces intérêts communs, nous vous remboursons au prorata du nombre d'intervenants dans ce litige **dans la limite des montants définis ci-dessus**.

Quand le litige est porté devant des juridictions étrangères, le montant retenu est celui de la juridiction française équivalente. A défaut, le montant applicable est celui du niveau de juridiction concerné.

La partie adverse peut être tenue de vous verser des indemnités au titre des dépens ou en application des dispositions de l'article 700 du Code de procédure civile ou son équivalent devant les autres juridictions. Le Code des assurances nous permet alors de récupérer ces sommes **dans la limite des frais et honoraires que nous avons engagés dans votre intérêt**.

Ce principe de récupération de sommes s'appelle subrogation. Néanmoins, si vous justifiez de frais et honoraires restés à votre charge et exposés dans le cadre dudit litige, vous récupérez ces indemnités en priorité.

7. DECLARATION DU LITIGE ET INFORMATION DE JURIDICA

Comment bénéficier des prestations et garanties Interiale Filia Protection juridique Santé ou Intériale Filia Protection juridique Pénale Professionnelle ?

Pour mettre en jeu les prestations ou garanties de votre contrat, vous devez nous contacter par TELEPHONE au **01.30.09.98.80**, du lundi au vendredi, sauf jours fériés, de 9h30 à 19h30, ou par écrit à Juridica, 1 place Victorien Sardou, 78160 MARLY LE ROI, ou en renseignant le formulaire de litige en ligne à partir de votre espace adhérent sur www.interiale.fr, dès que vous en avez connaissance, en nous communiquant notamment :

- *les références de votre contrat ;*
- *les coordonnées précises de votre adversaire ;*
- *les références de tout autre contrat susceptible de couvrir le litige ;*
- *un exposé chronologique des circonstances du litige, toutes pièces permettant d'établir la matérialité des faits ainsi que tous les renseignements et documents utiles à l'instruction du dossier.*

Par ailleurs, vous devez nous transmettre, dès réception, tous avis, lettres, convocations, actes d'huissiers, assignations et pièces de procédure qui vous seraient adressés, remis ou signifiés. Cette rapidité est importante pour préserver vos droits et actions.

8. LA VIE DE VOTRE GARANTIE

8.1 La prise d'effet et la durée de votre garantie

Les garanties d'assurance de protection juridique Intériale Filia protection juridique Santé et Intériale Filia Protection juridique Pénale Professionnelle vous sont acquises à compter du jour de votre acquisition de la qualité de membre participant du Souscripteur, Interiale Filia.

La garantie est annuelle et se renouvelle automatiquement d'année en année à chaque échéance anniversaire de la formule « frais de santé » d'Interiale Filia.

Elle est liée à votre qualité de membre participant d'une formule frais de santé d'Interiale Filia et cesse tous effets en cas de perte de cette qualité.

Par ailleurs, la garantie cesse tous effets :

- en cas de décision commune du Souscripteur et de l'Assureur de mettre fin au bénéfice de la prestation après réalisation du risque assuré en application de l'article R113-10 du Code des assurances.

La résiliation prend effet à l'expiration du délai de UN mois à compter de la notification qui vous a été adressée. Vous avez alors le droit, dans le délai de UN mois à compter de la notification de résiliation, de résilier les autres contrats d'assurance souscrits par vous auprès de l'Assureur ;

- en cas de résiliation du contrat Intériale Filia Protection juridique Santé et Pénale Professionnelle par le Souscripteur ou l'Assureur.

8.2 La prescription

Conformément aux dispositions prévues par les articles L.114-1 et suivants du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court 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'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute citation en justice, y compris en référé, tout commandement ou saisie, signifiés à celui que l'on veut empêcher de prescrire ;
- toute reconnaissance non équivoque par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur ;
- la demande d'aide juridictionnelle qui dure jusqu'au moment où le bureau d'aide juridictionnelle rend une décision définitive ;
- ainsi que dans les autres cas suivants prévus par l'article L 114-2 du Code des assurances :

- *toute désignation d'expert à la suite d'un sinistre ;*
- *tout envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par :*
  - l'assureur à l'assuré pour non-paiement de la prime ;
  - l'assuré à l'assureur pour règlement de l'indemnité.

8.3 Les insatisfactions

Vous pouvez dans un premier temps contacter, par téléphone ou par écrit, votre service Clients Intériale Filia.

Pour toutes insatisfactions en lien avec les garanties de Protection juridique, ou si une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au service Réclamations de l'assureur en écrivant à l'adresse suivante : JURIDICA - Service Réclamation - 1 place Victorien Sardou 78166 MARLY LE ROI, en précisant le nom et le numéro de votre contrat. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin ; une réponse motivée vous sera alors adressée dans un délai de 40 jours (sauf circonstances particulières dont nous vous tiendrons informés).

Enfin, et dans la mesure où aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur compétent, personnalité indépendante, dont les coordonnées vous seront communiquées par le Service Réclamation dans son courrier de réponse.

Ce recours est gratuit. Le Médiateur formulera un avis dans les 2 mois à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

8.4 Loi informatique et libertés

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les informations suivantes sont portées à votre connaissance : les destinataires des données vous concernant pourront être d'une part et en vertu d'une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, les collaborateurs ainsi que les sous-traitants situés tant en France qu'au Canada ou l'Ile Maurice, de l'assureur responsable du traitement dont la finalité est l'exécution des contrats d'assurance, et d'autre part, ses réassureurs ou organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants missionnés.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès de Juridica - 1 place Victorien Sardou, 78166 Marly le Roi cedex.

L'organisme chargé du contrôle de Juridica est l'Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

Le présent contrat d'assurance de Protection Juridique est souscrit par Interiale Filia : Intériale FILIA, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 444 590 160, dont le siège social est 5, rue Choron, 75009 Paris, sous le numéro de contrat 5 603 595 904 auprès de Juridica, Entreprise régie par le Code des assurances, 1 Place Victorien Sardou, 78160 MARLY LE ROI – SA au capital de 14 627 854,68 € - RCS VERSAILLES 572 079 150.

ANNEXE 8 : Assurance Scolaire / Étudiante

Notice d'information du contrat « Assurance scolaire/étudiante » - N°P 168 534 001 G

Le contrat « assurance scolaire/étudiante » N°P 168 534 001 est un contrat collectif souscrit par Intériale Filia, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 444 590 160, dont le siège social est 5, rue Choron - 75009 Paris. Mutuelle substituée par Intériale, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 775 685 365, et dont le siège social est 5, rue Choron - 75009 Paris, auprès de La Sauvegarde. Il est soumis aux dispositions du Code des assurances.

I. Définitions

Accident : tout événement non intentionnel, soudain, imprévu et extérieur à la victime ou à la chose endommagée et constituant la cause du dommage.

Assuré : Les enfants scolarisés ayants droit des membres participants de la Mutuelle INTERIALE Filia. Ces enfants doivent être âgés de moins de 29 ans et être déclarés comme ayants droit d'une des formules santé suivantes : Intériale Filia Responsable, Intériale Filia Equilibre, Intériale Filia Confort ou Intériale Filia Sérénité.

Assureur (nous) : La Sauvegarde, société anonyme d'assurances, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé au 76, rue de Prony 75857 Paris cedex 17 et immatriculée au RCS PARIS sous le numéro B 612 007 674. Dans la présente notice, le pronom personnel « nous » fait référence à l'assureur.

Dommage corporel : toute atteinte corporelle subie par une personne physique.

Dommage matériel : toute détérioration ou destruction d'une chose ou d'une substance, toute atteinte physique à des animaux.

Dommage immatériel : tout préjudice pécuniaire qui ne se traduit pas par une atteinte physique à un bien ou une personne, mais qui est consécutif ou non consécutif à un dommage matériel ou corporel couvert par le contrat.

II. Garanties

II.1 Responsabilité civile

Nous garantissons les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile que l'assuré (ou de son représentant légal civilement responsable pour les enfants mineurs ou majeurs protégés) peut encourir en raison des dommages corporels, matériels ou immatériels causés aux tiers, à l'occasion des activités suivantes et ce dans les conditions et limites prévues au paragraphe III :

- ***La scolarité**, au sein d'un établissement scolaire ou universitaire situé en France y compris pour les activités organisées par l'établissement hors de ses murs,*
- ***le baby-sitting**, lorsqu'il est exercé au domicile des parents de l'enfant gardé et en dehors de toute association ou organisme spécialisé,*
- ***le soutien scolaire** lorsqu'il est exercé de manière occasionnelle au domicile de l'élève et en dehors de toute association ou organisme spécialisé,*
- ***les stages en entreprises**, lorsqu'ils sont effectués dans le cadre d'une formation ou de la recherche d'un emploi et font l'objet de la signature d'une convention de stage,*
- ***l'aide bénévole occasionnelle**, lorsque l'assuré l'apporte à un tiers dans le cadre de la vie privée ou d'une tentative de sauvetage.*

II.2 La garantie individuelle accident

Nous garantissons les assurés scolarisés en maternelle, dans le primaire, dans le secondaire et dans le supérieur pour les dommages corporels subis lors d'accidents survenus à l'occasion :

- *d'une activité scolaire au sein de l'établissement ou à l'extérieur en cas de sortie organisée par l'établissement,*
- *du trajet direct (aller ou retour) du domicile à l'établissement scolaire.*

Sont assimilées à un accident et aussi garanties les conséquences corporelles d'une poliomyélite ou d'une méningite cérébro-spinale.

Les événements de type racket, vol avec violence et agression survenus au sein de l'établissement ou sur le trajet sont des accidents pris en charge au titre de cette garantie **sous condition d'un dépôt de plainte auprès des autorités de police**.

Au titre de cette garantie, nous indemnisons dans les conditions et limites prévues au paragraphe III :

- *le décès de l'assuré,*
- *l'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique de l'assuré,*
- *les frais médicaux engagés par l'assuré, consécutifs à l'événement garanti et restant à charge,*
- *La garantie de dommages aux biens.*

Dans le cadre d'un événement pris en charge par la garantie « individuelle accident », nous indemnisons les dommages matériels résultant pour les biens suivants :

- *vêtements et objets personnels de l'assuré (**à l'exception des tablettes, téléphones portables, Smartphones et baladeurs numériques**),*
- *cartable, fournitures scolaires et manuels scolaires,*
- *instruments de musique et matériels de sports,*
- *bicyclette lorsque celle-ci est utilisée comme moyen de transport pour se rendre dans l'établissement scolaire **dans la limite d'un sinistre par année d'assurance**.*

II.3 La défense pénale et recours suite à accident garanti

Nous garantissons dans les conditions et limites prévues au paragraphe III :

- ***la défense de l'assuré** (ou de la personne civilement responsable de ce dernier) devant les juridictions répressives en cas de poursuite exercée à la suite d'un événement garanti par le contrat,*
- ***le recours amiable ou judiciaire** pour l'indemnisation des dommages matériels, corporels et immatériels qui sont imputables à un tiers et s'ils résultent d'un événement garanti par le contrat.*

II.4 La garantie de frais annexes

Dans le cadre d'un événement pris en charge par la garantie « individuelle accident », nous indemnisons les frais suivants dans les conditions et limites prévues au paragraphe III :

- ***les frais de cantine scolaire** payés d'avance non remboursés et non consommés,*
- ***les frais engagés pour la garde** au domicile de l'assuré de moins de 16 ans,*
- ***les frais de rattrapage scolaire**.*

II.5 La garantie d'accompagnement psychologique

Lorsqu'un assuré est victime d'un traumatisme psychologique provoqué par un événement assuré soit au titre de la responsabilité civile soit au titre de la garantie individuelle accident, nous proposons un accompagnement psychologique qui peut se décliner sous les trois formes suivantes :

- ***Accueil psychologique** : Nous mettons à votre disposition par un entretien téléphonique, une équipe de psychologues assisteurs destinés à vous apporter un soutien moral.*
- ***Consultation psychologique** : À l'issue de l'entretien téléphonique, si le psychologue assisteur en pressent la nécessité, vous êtes orienté vers l'un de nos psychologues cliniciens, pour une consultation par téléphone d'une durée moyenne de 45 minutes. Nous prenons en charge le coût de cette consultation ainsi que les frais de téléphone.*
- ***Suivi psychologique** : À la suite de cette première consultation et selon le diagnostic établi, vous pouvez bénéficier de 3 nouvelles consultations maximum effectuées soit par téléphone auprès du même psychologue clinicien, soit au cabinet d'un de nos psychologues cliniciens agréés proche de votre domicile ou, sur votre demande, auprès du psychologue de votre choix. Nous prenons en charge le coût des consultations. Dans le cas d'un suivi chez un psychologue de votre choix, nous vous remboursons sur justificatifs, 3 consultations dans la limite de 52 € par consultation.*

III. Capitaux, franchises et tarifs

III.1 Plafonds de garantie

Responsabilité civile

Dommages corporels	20 000 000 €
Dommages matériels et immatériels	5 000 000 €

Individuelle accident

Décès	18 000 €
Dommages corporels (AIPP (1))	35 000 €

Le montant de l'indemnité versée au titre des dommages corporels est calculé en multipliant le capital garanti par le taux d'AIPP. Toutefois lorsque le taux d'AIPP est supérieur ou égal à 75 % l'intégralité du capital est versée.

Frais de soins de santé restant à charge	3 000 €

Dommages aux biens

Dommages matériels	300 €

Défense pénale et de recours

Plafond par sinistre	25 000 €
Plusieurs sous-limites par juridiction (2)	

Frais annexes

Frais de cantine	500 €
Frais de garde	5 jours × 120 € / jour
Frais de rattrapage scolaire	30 jours × 55 € / jour

Accompagnement psychologique

Suivi psychologique	3 consultations × 52 € / consultation

III.2 Franchises et seuil d'intervention

Responsabilité civile

Franchise tous dommages	**150 €**

Individuelle accident

Seuil d'intervention (AIPP (1))	**5 %**
Franchise frais de soins de santé	**25 €**

Dommages aux biens

Franchise dommages matériels	**25 €**

Défense pénale et de recours

Seuil d'intervention	**500 €**
Plusieurs sous-limites par juridiction	

Frais annexes

Franchise frais de cantine	**10 jours**
Franchise frais de garde	**2 jours**
Seuil d'intervention	**10 jours d'absence**

(1) AIPP : Atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique. Le taux d'AIPP est déterminé par le Médecin conseil de l'assureur.

(2) Les honoraires comprennent les frais de fonctionnement (secrétariat, téléphone, photocopie…) et de déplacement à l'exception des déplacements liés à une expertise pour lesquels une indemnité complémentaire sera réglée sur justification (indication du lieu de l'expertise) lorsque ladite expertise se déroulera dans un rayon supérieur à 30 kilomètres du cabinet de l'avocat.

JURIDICTION	HONORAIRES 2012 HORS TAXES
• Cour d'Appel - Affaires déjà suivies en première instance - Affaires nouvelles	 650 € par plaidoirie 750 € par plaidoirie
• Tribunal de Grande Instance	650 € par plaidoirie ou par affaire
• Tribunal Correctionnel ou de Police avec constitution de partie civile • Tribunal de Commerce • Tribunal Administratif • Tribunal des Affaires de la Sécurité sociale	600 € par plaidoirie ou par affaire
• Tribunal d'Instance • Juge de proximité • Juge de l'exécution • Commission d'indemnisation des victimes d'infractions • Médiation pénale	550 € par plaidoirie
• Tribunal Correctionnel ou de Police sans constitution de partie civile • Référé • Assistance à une instruction ou à une expertise, Juge de la mise en état • Commission de suspension du permis de conduire et autres commissions	450 € par plaidoirie
• Cour d'Assises et Cour d'Assises des Mineurs	850 € par journée
• Transaction menée par l'avocat • Audience à suivre • Exécution forcée d'une décision judiciaire	100 % d'une affaire plaidée 50 % d'une affaire plaidée 50 % d'une affaire plaidée
• Fourniture de PV et démarches diverses auprès du Parquet ou du Greffe • Appel ou opposition en matière pénale • Consultation orale au profit d'un sociétaire à la demande expresse de la compagnie	120 €
• Cour de Cassation/Conseil d'Etat	2 000 € par affaire

IV. Territorialité

L'ensemble des garanties s'exerce en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Toutefois pour les stages et les voyages scolaires, les garanties restent acquises dans le monde entier ***si le stage ou le voyage n'excède pas 90 jours*** *consécutifs*

V. Exclusions

Nous ne garantissons pas les dommages subis ou occasionnés résultant :

- ***de l'exercice d'une activité professionnelle, d'une fonction élective ou syndicale, d'une fonction de dirigeant d'association,***
- ***de l'utilisation d'appareils de navigation aérienne soumis à l'obligation d'assurance sauf lors des vols réguliers de compagnies habilitées,***
- ***de la pratique de la navigation de plaisance sur des bateaux, engins nautiques à voile ou à moteur, y compris lors des opérations d'embarquement et de débarquement,***
- ***de la propriété ou de l'utilisation de véhicules terrestres à moteur soumis à l'obligation d'assurance,***
- ***de la propriété ou de la détention d'un chien,***
- ***de l'usage d'armes à feu ou à air comprimé, d'explosifs,***
- ***d'un acte de chasse,***
- ***de toute activité physique ou sportive exercée dans le cadre d'un club, groupement ou association lorsque cette activité est soumise à une obligation d'assurance,***
- ***de l'organisation et de la préparation à toutes épreuves, concours, courses ou compétitions nécessitant une autorisation administrative préalable ou soumise à une autorisation d'assurance,***
- ***de la transmission de maladie sauf poliomyélite ou méningite cérébro-spinale,***
- ***d'une guerre civile ou étrangère,***
- ***de la participation à un attentat, un acte de terrorisme ou de sabotage,***
- ***du fait intentionnel de l'assuré ou commis avec sa complicité.***

VI. Sinistres

VI.1 Déclaration

Comment déclarer un sinistre ?

- Par courrier à Intériale, Service de Gestion des contrats, 57 rue de Paris, 59040 Lille cedex
- Par téléphone au 0970 821 821 (appel non surtaxé, du lundi au jeudi de 8 h 00 à 18 h 00, le vendredi de 8 h 30 à 16 h 30)
- Par e-mail depuis l'espace adhérent Intériale (www.interiale.fr)

En cas de sinistre l'Assuré doit toujours :

- *transmettre à l'Assureur, dès réception, tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédure qui lui seraient adressés, remis ou signifiés,*
- *déclarer, dès qu'il en a connaissance, tout sinistre susceptible de mettre en jeu la garantie du contrat : cette déclaration doit être adressée à l'Assureur au plus tard dans un délai de 15 jours ouvrés à compter de l'événement*
- *indiquer dans la déclaration du sinistre ou, en cas d'impossibilité, dans une déclaration ultérieure faite dans les plus brefs délais :*
  - le jour, l'heure, les circonstances et le lieu précis du sinistre,
  - ses causes connues ou présumées,
  - la nature et le montant approximatif des dommages,
  - les nom, qualité et adresse des personnes lésées, des tiers et des témoins,
  - le nom des Assureurs avec lesquels une assurance a été contractée pour le même intérêt, contre le même risque ainsi que les sommes assurées,
  - les coordonnées des autorités de Police ou de Gendarmerie ayant établi un rapport ou un procès-verbal du sinistre,
- *en cas d'accident corporel subi par l'Assuré, transmettre toute information sur une indemnisation obtenue par ailleurs pour les frais de soins et tous les documents ou renseignements utiles pour fixer le montant de l'indemnisation.*

Tout Assuré qui bénéficie des garanties Accidents Corporels doit se soumettre aux examens médicaux demandés par l'Assureur. Les effets du contrat risquent sinon d'être suspendus à son égard. À cette occasion, il doit déclarer au médecin désigné par l'Assureur tout accident et/ou maladie antérieure lui ayant laissé des séquelles physiologiques définitives.

En cas de non-respect des obligations :

- *si, de bonne foi, l'Assuré ne remplit pas tout ou partie des obligations prévues au présent article et sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assureur pourra lui réclamer une indemnité proportionnelle au dommage que ce manquement lui aura causé,*
- *si, de mauvaise foi, l'Assuré exagère le montant des dommages, emploie sciemment comme justification des moyens frauduleux ou des documents inexacts, ne déclare pas l'existence d'autres assurances portant sur les mêmes risques, il sera entièrement déchu de tout droit à indemnité. Cette déchéance pourra s'appliquer quelle que soit la garantie du contrat concerné.*

Le non-respect des délais de déclaration du sinistre entraîne la déchéance de tout droit à garantie si l'Assureur établit l'existence d'un préjudice consécutif à ce retard. Elle ne peut être opposée dans tous les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

VI.2 Expertise médicale

Les causes du décès, la date de consolidation, la durée de l'incapacité temporaire totale de travail et le taux de l'Atteinte permanente à l'intégrité Physique et Psychique (AIPP) sont déterminés par le médecin expert de l'Assureur. En cas de désaccord sur l'existence, les causes et conséquences du sinistre, le différend peut être soumis à expertise :

- *chaque partie désigne un médecin. Si ceux-ci ne peuvent se mettre d'accord, ils désignent un 3ème comme arbitre,*
- *faute par l'une des parties de nommer son médecin ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du 3ème, la désignation est effectuée à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande instance du domicile de la victime ; l'autre partie est alors avisée par lettre recommandée,*
- *chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et s'il y a lieu la moitié des honoraires du 3ème médecin et des frais relatifs à sa nomination.*

VI.3 Action mettant en cause la responsabilité assurée par le présent contrat

VI.3.1 Direction du procès

En cas d'action en justice mettant en cause une garantie assurée par ce contrat, l'Assureur intervient de la manière suivante, dans la limite de sa garantie :

- *devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives, l'Assureur assume la défense de l'Assuré, dirige le procès et exerce toutes les voies de recours,*
- *devant les juridictions pénales, l'Assureur a la faculté, avec l'accord de l'Assuré, de diriger sa défense.*

À défaut, l'Assureur peut néanmoins s'y associer et diriger le procès quant aux seuls intérêts civils ; il peut alors exercer toutes les voies de recours, y compris le pourvoi en cassation, lorsque l'Assuré n'est plus susceptible d'être sanctionné pénalement. Dans le cas contraire, il ne peut les exercer qu'avec son accord.

VI.3.2 Transaction

Aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction intervenant sans l'accord de l'assureur ne lui est opposable ; n'est cependant pas considéré comme une reconnaissance de responsabilité l'aveu d'un fait matériel ou le seul fait d'avoir procuré à la victime un secours urgent, lorsqu'il s'agit d'un acte d'assistance que toute personne a le devoir légal ou moral d'accomplir.

VI.4 Modalités de gestion de la garantie Défense Pénale et Recours suite à accident

La gestion des sinistres est confiée à un service distinct exerçant uniquement le traitement de ces sinistres. En cas d'appel à un avocat ou à une autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour représenter l'assuré ou servir ses intérêts, l'assuré en a le libre choix. Toutefois, s'il le souhaite, et sur demande écrite de sa part, L'Assureur met un avocat à sa disposition. L'assuré doit obligatoirement être assisté ou représenté par un avocat dès que la partie adverse est défendue par l'un d'entre eux. En cas de conflit d'intérêt entre l'Assuré et l'Assureur, l'assuré a le droit de choisir un avocat ou une autre personne qualifiée pour l'assister. Les frais et honoraires de l'avocat sont réglés directement à l'Assuré sur présentation de facture acquittée. Cependant, à la demande de l'Assuré, les honoraires peuvent être réglés à son avocat si ce dernier bénéficie d'une délégation d'honoraires. Lorsque l'Assuré a engagé des frais (honoraires, frais de procédure…) antérieurement à la déclaration du sinistre, l'Assureur accepte de procéder au règlement de ses frais dans la limite du plafond de garantie par sinistre indiqué sur l'attestation remise à l'assuré et du plafond de prise en charge des honoraires d'avocat, dès lors que l'Assuré peut justifier d'une urgence à les avoir engagés. Le plafond de prise en charge des honoraires d'avocat est remis à l'Assuré sur sa demande. Si l'Assureur prend en charge les frais et honoraires des personnes qualifiées pour représenter l'Assuré ou servir ses intérêts devant une quelconque juridiction, les sommes recouvrées au titre des dépens restent acquises à l'Assureur, subrogé dans les droits de l'Assuré. Les sommes recouvrées au titre de l'article 700 du Code de Procédure Civile et ses équivalents devant les autres juridictions sont également acquises à l'Assureur, à concurrence des montants qu'il a exposés, mais elles serviront toutefois à rembourser prioritairement l'Assuré, s'il justifie

du règlement de frais et honoraires complémentaires. Si un désaccord subsiste entre l'Assuré et l'Assureur au sujet de mesures à prendre pour régler un différend, l'Assuré a la possibilité :

- *soit de le soumettre à l'appréciation d'une tierce personne désignée par lui et habilitée par la législation ou la réglementation en vigueur à donner des conseils juridiques, ou à défaut désigné par le Président du Tribunal de Grande instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette procédure sont à la charge de l'Assureur dans la limite du plafond de garantie par sinistre indiqué aux Conditions Particulières. Toutefois, le Président du Tribunal de Grande instance peut les mettre à la charge de l'Assuré s'il estime que la procédure a été mise en œuvre de façon abusive. Lorsque cette procédure est utilisée, le délai de recours contentieux est suspendu pour toutes les instances juridictionnelles qui sont couvertes par la garantie d'assurance et que l'Assuré est susceptible de faire jouer en demande, jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur,*
- *soit d'engager ou de continuer seul, à ses frais, une procédure contentieuse. S'il obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée ci-dessus, l'Assureur lui remboursera, sur présentation des justificatifs, les frais et honoraires exposés pour l'exercice de cette action, dans les limites du plafond de prise en charge des honoraires d'avocat et du plafond de garantie par sinistre.*

VI.5 Règlement de l'indemnité

Les montants maxima des indemnités susceptibles d'être versées à la suite d'un sinistre sont indiqués au paragraphe III de la présente notice. Si les coûts des sinistres excèdent ces montants, les différences restent à la charge de l'Assuré ou de son représentant légal. Le paiement de l'indemnité intervient dans un délai de 30 jours suivant l'accord amiable ou la décision judiciaire exécutoire. Ce délai, en cas d'opposition, ne court qu'à partir du jour de la mainlevée. Pour les garanties Accidents Corporels le règlement sera versé :

- en cas de décès de l'Assuré, à son conjoint non séparé de corps ou de fait ou à défaut à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou à défaut à son concubin, ou à défaut, à ses ayants droit, soit directement, soit par l'intermédiaire du notaire chargé de la succession,
- pour les autres garanties à l'Assuré lui-même ou son représentant légal

VII. Dispositions diverses

VII.1 Subrogation

En vertu de l'article L. 121-12 du Code des assurances, la subrogation permet à l'assureur d'agir à la place de l'assuré dans ses droits et actions contre tous les responsables des dommages dans la limite des indemnités réglées.

VII.2 Prescription

Il s'agit du délai au-delà duquel aucune réclamation ne peut plus être présentée. Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans à dater de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois ce délai ne court :

- *en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque, qu'à compter du jour où nous en avons eu connaissance,*
- *en cas de sinistre, qu'à compter du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là,*
- *quand l'action de l'Assuré ou son représentant légal contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, qu'à compter du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.*

La prescription est portée à 10 ans au profit des bénéficiaires, ayants droit de l'Assuré décédé, pour les garanties des Accidents Corporels.
La prescription peut être interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci :

- *citation en justice, même en référé,*
- *actes d'exécution forcée à l'encontre de celui que l'on veut empêcher de prescrire,*
- *reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, ainsi que dans les cas ci-après :*
  - désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
  - envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception :
    - de l'Assuré ou son représentant légal à l'Assureur pour le règlement de l'indemnité après sinistre,
    - de l'Assureur à l'Assuré pour l'action en paiement de la cotisation.

La prescription peut aussi être suspendue par la mise en œuvre des procédures de conciliation ou de médiation prévues au présent contrat.

VII.3 Réclamation et médiation

Si un différend persiste entre vous et nous, vous pouvez vous adressez :

- À notre : Service Sociétaires - La Sauvegarde - 76, rue de Prony 75857 Paris cedex 17,
- Ou à notre Médiateur : Monsieur le Médiateur de La Sauvegarde - 76, rue de Prony 75857 Paris cedex 17.

ANNEXE 9 : Réseau de santé SANTÉCLAIR

LES SERVICES SANTECLAIR

Santéclair est une société de services qui met à disposition des Membres participants d'Intériale Filia et de ses ayants droit (ci-après dénommés bénéficiaires) un ensemble de services pour les aider à maîtriser leurs dépenses sur les postes les plus coûteux tels que l'optique, le dentaire, l'audioprothèse et à mieux s'orienter dans le système de soins.

Ce service permet d'avoir accès à des réseaux, à une analyse et du conseil sur des devis émanant de professionnels de santé non partenaires des réseaux, et à des applications internet disponibles sur l'espace adhérent Intériale.

Ces services sont proposés et gérés par notre partenaire Santéclair. Ils peuvent évoluer à tout moment.

Santéclair - Société Anonyme au capital de 3 834 030 euros - ayant son siège au 78 Boulevard de la République - 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT - immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 428 704 977

SERVICES SANTÉCLAIR : ce que vous devez savoir

I. Accès à des réseaux

Les réseaux disponibles sont : opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes, cliniques de chirurgie réfractive de l'œil et de diététiciennes, présents sur le territoire métropolitain et départements d'outre mer, qui se sont engagés contractuellement sur de bonnes pratiques professionnelles et sur des tarifs négociés.

Les Bénéficiaires ont accès à une dispense d'avance de frais sur les dépenses prises en charge lorsqu'ils recourent aux professionnels de santé partenaires, sur présentation de leur attestation de tiers payant (excepté pour les diététiciennes).

Un réseau de 2040 opticiens qui vous offre :

- **Des tarifs préférentiels et des services privilégiés :**

- des prix calculés au plus juste pour les verres ou des traitements particuliers (durcis, anti-reflet, teintes, ...), soit 40 % moins cher en moyenne que les prix du marché,
- une remise de 15 % sur les montures,
- une remise de 10 % sur le para-optique,
- une garantie casse de 2 ans sur les montures et les verres (sous conditions à demander à l'opticien partenaire)….
- une offre à petits prix dénommée « OFFRECLAIR »

Ce service vous permet de ne pas faire l'avance de frais. Les opticiens partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

- **60 centres de chirurgie réfractive partenaires**

Si vous êtes myope, astigmate, hypermétrope, vous pouvez avoir recours à la chirurgie réfractive. Pour cela, Santéclair met à votre disposition les coordonnées des cliniques partenaires spécialisées dans ce domaine auprès desquelles :

- vous trouvez des praticiens expérimentés,
- vous pouvez bénéficier de technologies chirurgicales de pointe répondant à une charte qualité extrêmement précise,
- vous bénéficiez également de tarifs privilégiés pour des actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et dont les tarifs sont libres.

Ce service vous permet de ne pas faire l'avance de frais. Les centres partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge

Un réseau dentaire composé de 2 800 chirurgiens-dentistes, d'orthodontistes, de stomatologues et d'implantologues qui propose :

- des tarifs négociés sur les actes prothétiques, des tarifs négociés selon le lieu d'exercice du dentiste et la provenance de fabrication de la couronne,
- des tarifs négociés sur des traitements de prévention tels que la parodontologie (soins des gencives) et l'esthétique (blanchiment), des conseils et des informations sur les règles d'hygiène,
- le certificat de traçabilité de la prothèse sur simple demande du bénéficiaire,

Ce service permet de ne pas faire l'avance des frais lors de la réalisation de prothèses dentaires ou de traitements d'orthodontie. Les chirurgiens-dentistes partenaires peuvent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Un réseau de 450 audioprothésistes qui permet de bénéficier :

- d'une économie de 40 à 50 % sur tous types et marques d'appareils auditifs,
- d'une économie de 20 % sur les piles et accessoires,
- d'une période d'essai d'au moins un mois,
- d'une visite de contrôle pour un bilan auditif une fois par an,
- de pratiques professionnelles de qualité régies par une charte de déontologie,
- d'une totale transparence dans la facturation (prix de la prothèse, main d'oeuvre).

Ce service permet de ne pas faire l'avance des frais. Les audioprothésistes partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Un réseau de 250 diététiciennes qui propose :

- des prix inférieurs de 15 % par rapport aux prix moyens constatés en France entière sur des visites de bilan et de suivi.

Enfin, vous bénéficiez de conseils du service Santéclair même si vous consultez un praticien qui n'est pas partenaire du réseau Santéclair.

II. Analyse de devis

Santéclair propose son service d'analyse de devis.

Ce service permet de vérifier que la dépense en optique, en dentaire, en audioprothèse et les honoraires chirurgicaux est adaptée aux besoins des bénéficiaires tout en payant le juste prix. Sur simple demande, ces spécialistes font l'analyse à partir du devis écrit et détaillé émis par le praticien que vous avez choisi. Cet avis vous est donné sous 72 heures, soit par courrier soit par téléphone selon le résultat de l'analyse.

III. Applications Internet

Santéclair propose également des applications internet mises à disposition des bénéficiaires dans l'espace adhérent INTÉRIALE FILIA :

- **OWOP** : l'outil de géolocalisation des professionnels de santé partenaires Santéclair (opticiens, dentistes, audioprothésistes, diététiciennes et centres de chirurgie réfractive),
- **Les conseils sur l'automédication** : l'application permet de continuer à s'automédiquer en toute tranquillité (label HON),
- **Dépist'Ages** : outil d'aide à la prévention et au dépistage à chaque étape de la vie (label HON),
- **OWIH** : l'Outil Web d'Informations Hospitalières qui permet à l'assuré via 3 entrées d'obtenir le meilleur rapport qualité/prix pour un acte chirurgical ou obstétrical donné ainsi que l'accès aux palmarès des meilleurs établissements en chirurgie obstétrique et cancérologie (label HON),
- **Le Défi No Smoking** : où comment arrêter de fumer en toute sécurité grâce à une technique comportementale inédite enseignée par des coaches renommés, le tout dans un univers ludique et interactif (label HON),
- **Nutriclair** : Un programme inédit de rééducation alimentaire en 7 étapes pour réapprendre à son rythme, les fondamentaux en matière de nutrition grâce aux conseils et aux exercices d'experts (label HON). L'application permet également d'accéder à un service de coaching téléphonique avec des consultations de diététiciennes.

IV. Partenariats avec 2 sites internet de vente d'optiques :

- **www.happyview.fr** : pour les lunettes
  - Garantie casse offerte et ligne téléphonique dédiée.

- **www.lentilles-moins-cheres.com** : pour les lentilles
  - Frais de port offert et traitement des commandes en priorité.

ANNEXE 10 : ACTION SOCIALE

CHAPITRE 1 - ACTION SOCIALE SERVIE PAR INTÉRIALE SOLIDARITÉ, UNION DU LIVRE III

L'Union Intériale Solidarité propose aux membres participants d'Intériale Filia et à leurs ayants droit :

- le micro-prêt social,
- le service de restructuration du budget de la famille.

Article 1 - Micro-prêt social

L'union Intériale Solidarité, en partenariat avec CMP Banque, permet aux membres participants de la Mutuelle à faibles revenus ou en situation difficile, de bénéficier de prêts bonifiés par l'Union, destinés à financer des projets de vie dans un cadre social qui ne peuvent être couverts par les disponibilités financières de la famille.

Ces prêts sont accordés par CMP Banque et sont d'un montant minimum de 600 euros pouvant aller jusqu'à 4 000 euros, d'une durée minimum de 6 mois et maximum de 36 mois.

Article 2 - Restructuration du budget de la famille

L'union Intériale Solidarité, en partenariat avec CMP Banque, permet aux membres participants de la Mutuelle de bénéficier de prêts qui sont accordés par son partenaire et destinés à réaménager le budget de la famille.

CHAPITRE 2 - ACTION SOCIALE SERVIE PAR INTÉRIALE FILIA

SECTION 1 - AIDES ET SECOURS LIÉS À LA SANTÉ

Par délégation du conseil d'administration, la commission peut dans le cadre du budget voté annuellement par l'assemblée générale, accorder aux membres participants ou leurs ayants droit, sur justification de ressources, des allocations exceptionnelles, des aides remboursables ou leur apporter des services d'assistance, soit directement soit par l'intermédiaire de partenariats.

Article 3 - Fonds d'action sociale

Il est institué au sein de la Mutuelle, un fonds d'action sociale destiné à des actions exceptionnelles d'entraide et de secours en faveur de ses membres.

Notamment, le secours « solidarité santé » est accordé dans le cadre d'une aide à l'accès à des soins de santé et dans le respect des dispositions du contrat responsable (Loi n° 2004-810 du 13 août 2004).

Le secours « solidarité santé » peut être accordé par la commission pour permettre de faire face à une dépense importante et urgente commandée par l'état de santé du membre participant ou de ses ayants droit, et qui ne peut être couverte en temps opportun par les disponibilités financières de la famille.

Elle ne peut être utilisée à d'autres fins que celles pour laquelle elle est accordée, pas plus qu'elle ne peut servir à conserver ou à reconstituer une épargne.

Le membre participant, pour lui ou ses ayants droit, peut en faire la demande écrite accompagnée des justificatifs des dépenses (factures acquittées, décomptes, etc.).

La commission se réunit et statue sur le dossier. Le montant du secours alloué par la commission sera réglé par virement bancaire ou similaire.

Article 4 - Micro-prêt santé

La Mutuelle, en partenariat avec CMP Banque, permet à ses membres participants à faibles revenus ou en situation difficile de bénéficier de prêts bonifiés par la Mutuelle.

Ces prêts sont accordés par CMP Banque et sont d'un montant minimum de 600 euros et maximum de 4 000 euros, d'une durée minimum de 6 mois et maximum de 36 mois.

Ces prêts sont destinés à financer des dépenses importantes et urgentes commandées par l'état de santé des membres participants et qui ne peuvent être couvertes par les disponibilités financières de la famille.

SECTION 2 - AIDES À LA MUTUALISATION

Article 5 - Offre Jeune

La Mutuelle propose à ses membres participants, dans le cadre de l'action sociale qu'elle met en œuvre, une Offre Jeune, à des tarifs avantageux

ANNEXE 11 : Démarchage : articles L. 121-23, L. 121-24, L. 121-25 et L. 121-26 du Code de la Consommation

Article L. 121-23

Les opérations visées à l'article L. 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont un exemplaire doit être remis au client au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

1° Noms du fournisseur et du démarcheur ;

2° Adresse du fournisseur ;

3° Adresse du lieu de conclusion du contrat ;

4° Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou des services proposés ;

5° Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;

6° Prix global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ;

7° Faculté de renonciation prévue à l'article L. 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté et, de façon apparente, le texte intégral des articles L. 121-23, L. 121-24, L. 121-25 et L. 121-26.

Article L.121-24

Le contrat visé à l'article L. 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L. 121-25. Un décret en Conseil d'Etat précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire.

Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence.
Tous les exemplaires du contrat doivent être signés et datés de la main même du client.

Article L.121-25

Dans les sept jours, jours fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue.
Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L. 121-27.

Article L.121-26

Avant l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L. 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

Toutefois, la souscription à domicile d'abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts, n'est pas soumise aux dispositions de l'alinéa précédent dès lors que le consommateur dispose d'un droit de résiliation permanent, sans frais ni indemnité, assorti du remboursement, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée de l'abonnement restant à courir.

En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L. 121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation.

Les dispositions du deuxième alinéa s'appliquent aux souscriptions à domicile proposées par les associations et entreprises agréées par l'Etat ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L. 7231-1 du Code du Travail sous forme d'abonnement.

10-2012 IIXNAI - 1210 - FILIA 10 RM NO

Interiale Filia

Siège social : 5, rue Choron - 75009 PARIS