DEPARTEMENT
DE LOIR-ET-CHER

ARRONDISSEMENT
DE BLOIS

CENTRE DE GESTION
DE LA FONCTION
PUBLIQUE TERRITORIALE

Date de la convocation :

17 août 2026

Date de la réunion :
17 septembre 2026

DELIBERATION
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Séance du **17 septembre 2026**

L'An deux mil vingt six **le 17 septembre à 14h30,** le Conseil d'Administration du Centre De Gestion s'est réuni au siège du Centre De Gestion, à LA CHAUSSEE-SAINT-VICTOR, au 3 Rue Franciade, sous la Présidence de Jean-Pierre CHARLES-GUIMPIED

Nombre de membres en exercice : 26

Membres présents :

Titulaires : Stella COCHETON, Laurent ALLANIC, Franck BOITEL, Isabelle JALLAIS-GUILLET, Annie LEVEAUX, Claude NAUDION, Sabine MARTIN, Annick BARRÉ, Michèle GAUTHIER, Marie-Pierre BEAU, Laurent AUGER, Mourad SALAH-BRAHIM,

Titulaires excusés : Jean-Marc MORETTI, Nicole JEANTHEAU, Pascal BIOULAC, Joël MARQUET, Charles RICHARDIN, Pascal HUGUET, Jean-François LAHAYE, Corinne GARCIA, Pascal NOURRISSON, Guillaume SAVEUSE, Catherine LHÉRITIER, Philippe MERCIER

Suppléants : Serge CHOLLET, Johann ELBORY, Yann LAFFONT,

Suppléants excusés : Simon HOUDEBERT, Annick GOINEAU, Stéphane DUFRAINE, Claire FOUCHER-MAUPETIT, Morgan BEAUVOIR, Florence DOUCET,

Pouvoirs :
Nicole JEANTHEAU a donné pouvoir à Annick BARRÉ
Catherine LHÉRITIER a donné pouvoir à Marie-Pierre BEAU,
Guillaume SAVEUSE a donné pouvoir à Mourad SALAH-BRAHIM

Madame Stella COCHETON a été désignée secrétaire de séance.

N°70.2026

Objet de la délibération :

Médecine Préventive

Avenant n°4 au Contrat Collectif de Protection Sociale Complémentaire (PSC) – Risque Santé

(Rapporteur : Stella COCHETON, 1ère Vice-Présidente)

Mme Stella COCHETON, 1ère Vice-Présidente, rappelle aux membres du Conseil d'Administration les délibérations suivantes :

- n° 54-2021 du 30 novembre 2021 portant sur la mise en œuvre des conventions de participation Santé et Prévoyance, dispositif mutualisé entre les Centres de Gestion du Cher, de l'Eure-et-Loir, de l'Indre et du Loir-et-Cher,

- n° 42-2022 du 15 septembre 2022 autorisant le Président à signer la convention de participation – risque Santé - avec le groupement SOFAXIS/INTERIALE pour la période du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2028,

- n° 06-2024 du 15 février 2024 approuvant l'avenant n° 1 au contrat collectif Protection Sociale Complémentaire – risque Santé avec l'assureur INTERIALE.

- n° 39-2024 du 5 décembre 2024 approuvant l'avenant n° 2 au contrat collectif Protection Sociale Complémentaire – risque Santé avec l'assureur INTERIALE.

.../...

- n° 50-2025 du 27 novembre 2025 approuvant l'avenant n° 3 au contrat collectif Protection Sociale Complémentaire – risque Santé avec l'assureur INTERIALE.

Le contrat souscrit au titre du ***risque SANTE*** stipule que le taux des cotisations individuelles des agents était maintenu pendant une durée de 2 années à compter du 1er janvier 2023 avec une augmentation limitée à + 4 % par an (*hors évolution du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale utilisé comme base de calcul de certaines prestations sociales et réactualisé chaque année par les pouvoirs publics pour garantir l'équilibre financier du système de sécurité sociale).*

Par courrier en date du 28 mai 2026, les 4 centres de gestion, parties prenantes, ont pris connaissance de la proposition d'évolution des cotisations applicables au 1er janvier 2027, à hauteur de 11,8% tenant compte :

- du déséquilibre financier du contrat : +4%
- de l'évolution des dépenses de santé et des réformes qui traduisent un désengagement de l'Etat et de la Sécurité sociale : +5.8% (augmentation du forfait hospitalier, zéro reste à charge pour l'achat de certains équipements…)
- de l'évolution prévisible mais non encore confirmée du PMSS : +2%

Après négociations entre les quatre Centres De Gestion concernés, le courtier *RELYENS* et l'assureur INTERIALE, une augmentation est proposée par l'assureur et examinée lors du COPIL qui aura lieu le matin de la séance du Conseil d'Administration : les membres du Conseil d'Administration auront donc le retour et les explications nécessaires en séance.

En conséquence, il y lieu d'établir, avec effet au 1er janvier 2027, pour l'ensemble des quatre Centres de Gestion ci-dessus cités, un avenant n° 4 au contrat collectif Protection Sociale Complémentaire – ***risque SANTE***.

Lors du Comité de Pilotage (COPIL) annuel du jeudi 3 septembre 2026, le Président a âprement négocié la hausse du taux présentée par le courtier/assureur, dans le cadre du Groupement existant avec les 3 autres CDG. C'est ainsi que l'ensemble des parties prenantes au Groupement ont finalement abouti à un taux de 11,8%.

A titre d'information, le montant des cotisations en 2026 est détaillé ci-après :

	Jeunes actifs jusqu'à 35 ans	Actifs de plus de 35 ans	Enfants	Retraités
Sécurité	25,14 €	36,06 €	14,33 €	69,15 €
Essentielle	36,57 €	49,85 €	20,13 €	97,90 €
Renforcée	43,95 €	62,57 €	25,05 €	114,69 €

En 2025, il était le suivant :

	Jeunes actifs jusqu'à 35 ans	Actifs de plus de 35 ans	Enfants	Retraités
Sécurité	23,74 €	34,05 €	13,53 €	65,30 €
Essentielle	34,53 €	47,07 €	19,01 €	92,45 €
Renforcée	41,50 €	59,08 €	23,65 €	108,30 €

Gratuité pour le 3ème enfant

Au vu des éléments susvisés, les membres du Conseil d'Administration, après en avoir délibéré et à l'unanimité décident :

- d'approuver l'avenant n° 4 au contrat collectif Protection Sociale Complémentaire – ***risque SANTE*** avec l'assureur INTERIALE tel qu'il est annexé.

…/…

- d'autoriser le Président du Centre de Gestion de la Fonction Publique de Loir-et-Cher, ou son représentant, à signer toutes les pièces relatives à l'exécution de cette délibération.

Fait et délibéré à La Chaussée-St-Victor,
Le 17 septembre 2026

La secrétaire de séance,

Stella COCHETON

Le Président,

CENTRE DE GESTION - FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE - DE LOIR-ET-CHER (41)

Jean-Pierre CHARLES-GUIMPIED

Publié ou notifié le : 24-09-2026
Exécutoire le : 24-09-2026.

Le Président soussigné certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de l'acte

Le Président

CENTRE DE GESTION - FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE - DE LOIR-ET-CHER (41)

Jean-Pierre CHARLES-GUIMPIED


CENTRE DE GESTION
FONCTION
PUBLIQUE
TERRITORIALE
DE L'OISE ET CHER (19)

AVENANT N° 4 - 2027

AU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

GARANTIES ET SERVICES COMPLÉMENTAIRES

CONTRAT N° : CCFS-749-CP

Entre les soussignées :

– Les Centres de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Cher, le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Eure-et-Loir, le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Indre et le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Loir-et-Cher,

Représenté par Monsieur Pierre DUCASTEL, Bertrand MASSOT, Xavier ELBAZ et Éric MARTELLIÈRE en qualité de Président, dûment habilité à l'effet des présentes,

Ci-après dénommé « **le Souscripteur** »,

D'une part,

Et :

- INTÉRIALE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, numéro SIREN 775 685 365, dont le siège social est situé 32 rue Blanche - 75009 PARIS,

Représentée par Martine CARLU, Directrice Générale, dûment habilitée à l'effet des présentes,

Ci-après dénommée « **la Mutuelle** »,

D'autre part,

Ci-après dénommés collectivement « **les Parties** ».

Paraphe des parties :

Il est préalablement rappelé ce qui suit :

Le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Cher, le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Eure-et-Loir, le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Indre et le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Loir-et-Cher (« le Souscripteur ») a souscrit auprès de la Mutuelle un contrat collectif à adhésion facultative à effet du **1er janvier 2023**. Le contrat collectif a pour objet de définir les conditions et modalités selon lesquelles la Mutuelle assure une garantie complémentaire santé, intitulée « Garantie frais de santé », ainsi que des garanties et services complémentaires, au bénéfice des agents du Souscripteur remplissant les conditions définies par ledit contrat.

Il a été convenu ce qui suit :

Le présent avenant a pour objet de :

- modifier les taux de cotisations à compter du 1er janvier 2027 ;
- modifier l'article « Réclamations – Médiation » ;
- ajouter un article relatif à la mise à jour des prestations santé ;
- modifier l'annexe « Notice d'information de la garantie Assistance à domicile » ;
- ajouter un article sur la terminologie de l'option pratique tarifaire maîtrisée.

Article 1 – Modification de l'Annexe « Cotisations » du contrat collectif

La version actualisée du tableau des cotisations du contrat collectif figure en Annexe 1 au présent avenant.

Article 2 – Modification de l'Annexe « Notice d'information de la garantie Assistance à domicile » du contrat collectif

La version actualisée de la Notice d'information de la garantie Assistance à domicile figure en Annexe 3 au présent avenant.

Article 3 – Modification de l'article « Réclamations - Médiation »

Le b) de l'article 16 des conditions générales « Réclamations – Médiation » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le réclamant peut saisir le Médiateur deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite et dans un délai maximum d'un an après cette première réclamation, et ce quel que soit l'interlocuteur auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu :

- soit par le biais du site Internet de La Médiation de l'Assurance : www.mediation-assurance.org ;
- soit par voie postale à l'attention de : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75 441 Paris Cedex 09.

Paraphe des parties :

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu au maximum dans les trois mois après transmission du dossier complet au Médiateur.

Si le réclamant n'est pas satisfait de l'avis rendu, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux. »

Article 4 – Mise à jour des prestations santé

La mise à jour des prestations santé figure dans le tableau des garanties à l'Annexe 2 du contrat collectif. Sont notamment intégrées au tableau des garanties, les évolutions du contrat responsable telles qu'instituées par le décret n° 2025-1131 du 26 novembre 2025, rappelées ci-dessous :

- la prise en charge des prothèses capillaires appartenant à une classe faisant l'objet d'une prise en charge renforcée ;
- la prise en charge des véhicules destinés à des personnes en situation de handicap faisant l'objet d'une prise en charge renforcée.

La version actualisée de la terminologie « OPTAM-CO » figurant dans le contrat collectif est remplacé par la terminologie « **OPTAM-ACO** » (option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie-chirurgie-obstétrique) figurant au présent avenant.

Article 5 – Autres dispositions du contrat collectif

A l'exclusion des modifications apportées par le présent avenant, les autres dispositions du contrat collectif et de la notice d'information restent inchangées et en vigueur entre les Parties à la date de prise d'effet du présent avenant.

Article 6 – Information des membres participants

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, le Souscripteur est tenu d'informer chaque membre participant des modifications apportées à ses droits et obligations, en lui remettant la nouvelle notice d'information ou l'additif à la notice d'information établie à cet effet par la Mutuelle.

Article 7 – Date d'effet du présent avenant

La date de prise d'effet du présent avenant est fixée au **1er janvier 2027.**

Par exception, les parties conviennent que :

- la prise d'effet de l'article 3 ainsi que de la prise en charge renforcée des prothèses capillaires mentionnée à l'article 4 intervient au **1er janvier 2026** ;
- la prise d'effet de la prise en charge renforcée des véhicules pour les personnes en situation de handicap mentionnée à l'article 4 intervient au **1er décembre 2025.**

Paraphe des parties :

Fait à Paris,
Le …

	Signatures
Pour le CDG 18 Bénédicte DUCATEAU, Présidente	
Pour le CDG 28 Bertrand MASSOT, Président	
Pour le CDG 36 Xavier ELBAZ, Président	
Pour le CDG 41 Jean-Pierre CHARLES-GUIMPIED, Président	

Pour INTÉRIALE, Martine CARLU, Directrice Générale	

Paraphe des parties :

Annexe 1 - Cotisations

Tarification ACTIFS

	Jeunes actifs jusqu'à 35 ans	Actifs de plus de 35 ans	Enfants
Sécurité	28,11 €	40,32 €	16,02 €
Essentielle	40,89 €	55,73 €	22,51 €
Renforcée	49,14 €	69,95 €	28,01 €

Tarification RETRAITÉS

	Retraités
Sécurité	77,31 €
Essentielle	109,45 €
Renforcée	128,22 €

Paraphe des parties :

INTÉRIALE

Annexe 2 - Prestations

	Taux de remboursement Sécurité sociale (1)	Remboursement « Sécurité »	Remboursement « Essentielle »	Remboursement « Renforcée »
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
- Consultations visites généralistes OPTAM(ACO)	70 % BR	30 % BR	50 % BR	50% BR
- Consultations visites généralistes non OPTAM(ACO)	70 % BR	30 % BR	30 % BR	30% BR
- Consultations visites spécialistes OPTAM(ACO)	70 % BR	30 % BR	50 % BR	80% BR
- Consultations visites spécialistes non OPTAM(ACO)	70 % BR	30 % BR	30 % BR	60% BR
- Actes techniques médicaux OPTAM(ACO)	70 % BR	30 % BR	60 % BR	80% BR
- Actes techniques médicaux non OPTAM(ACO)	70 % BR	30 % BR	30 % BR	60% BR
Honoraires paramédicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes	60 % BR	40 % BR	40 % BR	Kiné : 70% BR Autres : 40% BR
Analyses médicales et examens de laboratoire OPTAM(ACO) et non OPTAM(ACO)	60% BR	40% BR	40% BR	40% BR
Actes de spécialité OPTAM(ACO)	70 % BR	30% BR	30% BR	55% BR
Actes de spécialité non OPTAM(ACO)	70 % BR	30% BR	30% BR	30% BR
Actes d'imagerie médicale et échographie OPTAM(ACO)	70 % BR	30% BR	30% BR	60% BR
Actes d'imagerie médicale et échographie non OPTAM(ACO)	70 % BR	30% BR	30% BR	30% BR
Frais de transport (ambulance, taxi conventionné)	65 % BR	35 % BR	35 % BR	35 % BR
Médicaments				
Médicaments remboursés à 65 % ou à 30 %	65 % BR 30% BR	35 % BR 70% BR	35 % BR 70% BR	35 % BR 70% BR
Médicaments remboursés à 15 %	15% BR	Néant	35 % BR	85 % BR
Contraceptifs non remboursés & homéopathie (2)	Néant	Forfait de 30 € / an	Forfait : 60 € / an	Forf. : 100 € / an
Médecines douces				

Paraphe des parties :

Chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étiopathe, diététicien, pédicure-podologue, psychomotricien, sophrologue et psychologue	Néant	Néant	Forfait de 25 € /séance (limité à 3 séances par an)	Forfait de 40 € /séance (limité à 4 séances par an)

	Taux de remboursement Sécurité sociale (1)	**Remboursement « Sécurité »**	**Remboursement « Essentielle »**	**Remboursement « Renforcée »**
PREVENTION ET ACCOMPAGNEMENT				
Consultations de psychologues conventionnés, remboursées par la Sécurité sociale	60%	40 % BR	40 % BR	40 % BR
Tous actes de prévention (liste de l'arrêté du 08/06/2006)	60 % BR	40 % BR	40 % BR	40 % BR
	ou 65 % BR	ou 35 % BR	ou 35 % BR	ou 35 % BR
	ou 70 % BR	ou 30 % BR	ou 30 % BR	ou 30 % BR
Détartrage annuel	70%	30 % BR	30 % BR	30 % BR
Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	65%	35 % BR	35 % BR	35 % BR
Cures thermales y compris thalassothérapie (traitements)	65%	35 % BR	35 % BR	35 % BR
Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale	70%	30 % BR	30 % BR	30 % BR
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale (limité à 1 examen tous les 2 ans)	Néant	Néant	Néant	Forfait de 80 €
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, consultation diététique, bilan parodontal, sevrage tabagique (3)	Néant	Néant	Néant	Forfait annuel global de 80 €
Amniocenthèse & dépistage prénatal non invasif	Néant	Néant	Néant	183 € / acte
DENTAIRE				
Soins et prothèses "100% Santé" (*)	**60 % BR**		**Remboursement intégral**	
Soins et prothèses à tarifs maîtrisés ou libres (*)	SANTÉCLAIR MON REPÈRE SANTÉ		Tarifs négociés dans le réseau	

Paraphe des parties :

Soins à tarifs maîtrisés ou libres				
Soins dentaires	60 % BR	40 % BR	40 % BR	40 % BR
Prothèses à tarifs maîtrisés ou libres				
Prothèses dentaires fixe, amovible ou provisoire	60 % BR	80 % BR	180 % BR	Maîtrisé : 305% BR Libre : 280 %BR
Inlays core	60 % BR	80 % BR	180 % BR	Maîtrisé : 305% BR Libre : 280 %BR
Inlays Onlays d'obturation	60 % BR	80 % BR	80 % BR	Maîtrisé : 80% BR Libre : 280 %BR
Soins et prothèses non remboursés par la Sécurité sociale				
Implants dentaires Limités à 2 par an	Néant	Néant	200 € par an	Implant : 500 €/implant Couronne : 200 €/couronne (limitée à 2 tous les 2 ans)
Orthodontie				
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR ou 60%	40 % BR	140 % BR	280 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (4)	Néant	Néant	Forfait de 100 € / semestre	Forfait de 400 € / semestre

	Taux de remboursement Sécurité sociale (1)	**Remboursement « Sécurité »**	**Remboursement « Essentielle »**	**Remboursement « Renforcée »**
OPTIQUE				
Equipements "100% Santé" (*) **Monture et verres Prestations d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle**	**60 % BR**	Remboursement intégral 16 ans et plus : 1 équipement / 2 ans (5) (6) Moins de 16 ans : 1 équipement / an (5) (6)		
OFFRECLAIR SANS RESTE A CHARGE				

Paraphe des parties :

Equipements à tarifs libres		100% SANTE	Tarifs négociés dans le réseau		
		Verres + Monture, monture limitée à 100 €, sauf mention contraire			
Verres simples + Monture	Renouvellement de l'équipement (monture + 2 verres)	60 % BR	100 € + TM	200 € + TM	300 € + TM
	16 ans et plus :		Monture		
	1 équipement /		limitée à 50 €		
Verres complexes + Monture	2 ans (5) (6)	60 % BR	200 € + TM	300 € + TM	450 € + TM
Verres très complexes + Monture	Moins de 16 ans : 1 équipement / an (5) (6)	60 % BR	200 € + TM	300 € + TM	450 € + TM
Verre simple + Verre complexe + Monture		60 % BR	150 € + TM	250 € + TM	350 € + TM
Verre simple + Verre très complexe + Monture		60 % BR	150 € + TM	250 € + TM	350 € + TM
Verre complexe + Verre très complexe + Monture		60 % BR	200 € + TM	300 € + TM	450 € + TM
Suppléments optiques		60 % BR	40 % BR	40 % BR	40 % BR
Prestation d'adaptation		60 % BR	40 % BR	40 % BR	40 % BR
Matériel pour amblyopie		60 % BR	40 % BR	40 % BR	40 % BR
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale		60 % BR	40 % BR	40 % BR +	40 % BR +
				Forfait de 90 € /an	Forfait de 150 € /an
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale		Néant	Néant	Forfait de 90 € /an	Forfait de 150 € / an
Chirurgie réfractive (sans autre remboursement d'optique pendant 2 ans)		Néant	Néant	200 € / œil / an	400 € / œil / an
				Tarifs négociés dans le réseau	Tarifs négociés dans le réseau

Paraphe des parties :

	Taux de remboursement Sécurité sociale (1)	Remboursement « Sécurité »	Remboursement « Essentielle »	Remboursement « Renforcée »
AIDES AUDITIVES				
Aides auditives "100% Santé" (*)	60 % BR	**Remboursement intégral** 1 aide auditive / oreille / 4 ans (7)		
Aides auditives à tarifs libres (8)		Tarifs négociés dans le réseau		
Prothèses Auditives hors 100% Santé (Renouvellement de l'équipement : 1 aide auditive / oreille / 4 ans (7))	60 % BR	40 % BR	40 % BR + 600 € / oreille	40 % BR + 900 € / oreille
- Accessoires (dont piles)	60 % BR	40 % BR	40 % BR	40 % BR
Appareillage médical				
Prothèses capillaires				
Prothèse capillaire classe 1 + 1 accessoire	100% BR	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Prothèse capillaire classe 2 + 1 accessoire	100% BR	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Prothèse capillaire classe 3 + 1 accessoire	60% BR	30 % BR	100 % BR	175 % BR
Prothèse capillaire classe 4 + 1 accessoire	60% BR	30 % BR	100 % BR	175 % BR
Accessoire d'une prothèse capillaire (max 1/an)	100% BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Fauteuils roulants				
Véhicules pour personnes en situation de handicap - achat ou location de longue durée, mise à disposition, adjonction, supplément	100 % BR	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Véhicules pour personnes en situation de handicap - location de courte durée, mise à disposition	60 % BR	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Réparations des véhicules pour personnes en situation de handicap	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthopédie	60 % BR	40 % BR	140 % BR	240 % BR

Paraphe des parties :

HOSPITALISATION (9)				
Honoraires				
- Honoraires médicaux et chirurgicaux OPTAM (ACO)	80 % BR	20 % BR	40 % BR	70 % BR
- Honoraires médicaux et chirurgicaux non OPTAM (ACO)	80 % BR	20 % BR	20 % BR	50 % BR
Forfait journalier hospitalier, durée illimitée	Néant	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Forfait patient urgences	Néant	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Forfait actes lourds	Néant	Frais réels / acte	Frais réels / acte	Frais réels / acte
Frais de séjour, durée illimitée	80 % BR	20 % BR	20 % BR	20 % BR
Chambre particulière en établissement conventionné par la Mutualité Française, court séjour MCO	Néant	Néant	45 € / jour (Limité à 45 jours par an)	70 € / jour
Chambre particulière, court séjour MCO	Néant	Néant	45 € / jour (Limité à 45 jours par an)	70 € / jour
Chambre particulière en établissement conventionné par la Mutualité Française, soins de suite et réadaptation	Néant	Néant	45 € / jour (Limité à 45 jours par an)	70 € / jour
Chambre particulière, soins de suite et réadaptation	Néant	Néant	45 € / jour (Limité à 45 jours par an)	70 € / jour
Frais d'accompagnement (hébergement et repas) (Enfants ayants droit < 16 ans, adulte + de 70 ans et handicapés ayants droit)	Néant	Néant	20 € par jour limité à 14 jours par an	38,50 € par jour limité à 14 jours par an

BR : Base de Remboursement

OPTAM(ACO) : Option Pratique Tarifaire Maitrisée (Anesthésie Chirurgie et Obstétrique)

PLV : Prix Limite de Vente

(*) Les paniers 100% Santé vous permettent d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en optique, dentaire et aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers 100% Santé, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi sur les paniers à prix libres ou tarifs maitrisés et dans la limite des Prix Limites de Ventes (PLV) et dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) pour les tarifs 100% santé et maîtrisés en dentaire fixés par la réglementation en vigueur.

Paraphe des parties :

Pour plus d'informations concernant les prestations incluses dans ces paniers, consulter le "complément Dentaire", le "complément Optique" et le "complément Aides auditives" ci-après.

(1) En cas d'exonération du ticket modérateur, le taux de remboursement de la Sécurité sociale est égal à 100 % BR.

(2) Seuls les médicaments achetés en pharmacie sont remboursés, à l'exclusion des produits d'hygiène ou de beauté.

(3) Les substituts nicotiniques, s'ils sont prescrits et figurent sur la liste des substituts nicotiniques pris en charge, sont remboursés par la Sécurité sociale à hauteur de 65 % BR.

(4) Hors année de contention.

(5) Le remboursement optique de la Sécurité sociale et de la mutuelle est limité à un équipement par période de 2 ans sauf en cas de de renouvellement anticipé prévu dans la liste figurant à l'article L. 165 -1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue pour lesquels la période est réduite à un an, et pour les enfants de moins de 6 ans, où la période est réduite à 6 mois.

La justification d'une évolution de la vue se fonde sur la présentation, soit d'une nouvelle prescription portant une correction différente de la précédente, soit du devis ou de la facturation de l'opticien précisant la nouvelle correction en cas de renouvellement de lunettes.

Les conditions de renouvellement pour la prise en charge de 2 équipements par période de 2 ans pour les personnes qui souhaitent un équipement de près et un équipement de loin s'appliquent à chacun des équipements séparément.

L'application du renouvellement s'apprécie à compter de la date de la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Pour plus d'informations, se reporter au "complément Optique" ci-après.

(6) Plafond de 100€ pour la monture ou plafond de 30€ si achat d'une monture 100% santé.

(7) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le cas de renouvellement anticipé doit être attesté par une prescription médicale spécialisée et après avis du médecin conseil de la Sécurité sociale.

(8) Le remboursement Sécurité sociale + Mutuelle est limité à 1 700 € par oreille

(9) Sont exclus les frais d'hospitalisation long séjour facturés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Paraphe des parties :

Annexe 3 – Notice d'information de la garantie Assistance à domicile

- CONVENTION D'ASSISTANCE à DOMICILE
France métropolitaine et outre-mer

Préambule

La convention d'assistance présentée ci-après, propose des garanties d'assistance santé à domicile aux membres participants ayant un contrat « Assistance à domicile » auprès d'**INTERIALE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 775 685 365 dont le siège social est situé 32 rue Blanche, 75009 Paris.

Les garanties d'assistance sont assurées par **IMA ASSURANCES**, société anonyme au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

DISPOSITIONS COMMUNES

DEFINITIONS

ACCIDENT
Evénement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels au bénéficiaire.

ACCIDENT INVALIDANT
Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté entraînant une invalidité du bénéficiaire, supérieure ou égale à 30 % reconnue par l'organisme qui détermine le taux d'invalidité dont le bénéficiaire dépend (Commission de réforme, Sécurité Sociale, ...).

ANIMAUX DOMESTIQUES
Les chiens et les chats.

BÉNÉFICIAIRES des GARANTIES d'ASSISTANCE
Tout membre participant de la Mutuelle Intériale ayant adhéré à une garantie frais de santé, domicilié en France, ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit ou fiscalement à charge : conjoint, 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 SMR (Soins Médicaux 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.

CHIRURGIE AMBULATOIRE
Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, n'incluant pas de nuit d'hospitalisation.

CONJOINT
Epoux/épouse, concubin(e) ou partenaire dans le cadre d'un PACS (Pacte Civil de Solidarité)

DOMICILE
Lieu habituel de résidence principale ou secondaire du membre participant et de ses ayants droit.

ENFANT
Enfant et petits-enfants sous condition d'âge selon les garanties (enfant handicapé sans limite d'âge), à charge et vivant au domicile du membre participant.

EPIDEMIE

Paraphe des parties :

Développement et propagation rapide d'une maladie contagieuse, le plus souvent d'origine infectieuse, dans une population.

FRANCE
France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon, Polynésie Française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna).

HOSPITALISATION
Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident corporel, incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPRÉVUE
Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

HOSPITALISATION PROGRAMMÉE
Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.

IMMOBILISATION IMPRÉVUE
Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

IMMOBILISATION
Incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

INTERVENTION CHIRURGICALE
Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, incluant une seule nuit d'hospitalisation.

MALADIE
En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :
Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.
En cas d'hospitalisation programmée :
Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

PANDEMIE
Epidémie étendue à toute la population d'un continent voire au monde entier.

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, les 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
Les garanties s'appliquent pendant la période de validité du contrat « Assistance à domicile » souscrit par le membre participant auprès d'INTERIALE.

1.2 RÉSILIATION
Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par le membre participant de ses contrats souscrits auprès d'INTÉRIALE pour tout événement survenu ultérieurement ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit par INTERIALE auprès d'IMA ASSURANCES. 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 PRESCRIPTION
Conformément à l'article L114-1 du Code des assurances, toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :

1) En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;
2) 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 du bénéficiaire 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 le bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, 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.

Paraphe des parties :

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont décrites aux articles 2240 à 2246 du Code civil : la reconnaissance non équivoque par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), la demande en justice, même en référé (articles 2241 à 2243 du Code civil), une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution, un acte d'exécution forcée ou une interpellation faite à un débiteur solidaire (articles 2244 à 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances : 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.

1.4 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Intériale, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité – SIREN 775 685 365, dont le siège social est au 32 Rue Blanche, 75009 PARIS collecte, en qualité de Responsable de Traitement, tout ou partie des catégories de données suivantes, dans le cadre de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assistance :

- des données relatives à l'identification du souscripteur et, le cas échéant des bénéficiaires du contrat ;
- des données relatives à la situation familiale ;
- des données nécessaires à la souscription et l'application du contrat ainsi qu'au suivi de la relation contractuelle ;
- des informations nécessaires à la mise en oeuvre des prestations d'assistance ;
- des données de localisation des personnes ou des biens : dans ce contexte, un service de géolocalisation du terminal mobile, soumis à l'accord préalable du bénéficiaire, peut être proposé afin de mettre en œuvre plus efficacement les prestations d'assistance. En tout état de cause, les trajets ne sont pas tracés ;
- des données médicales pour lesquelles le bénéficiaire a donné son consentement lors de la souscription du contrat ou la mise en œuvre des prestations d'assistance.

Ces données sont utilisées :

- au titre de l'exécution contractuelle pour :
  - la souscription et la gestion des contrats ;
  - l'exécution des contrats et en particulier la fourniture des prestations d'assistance ;
  - l'exercice des recours ainsi que la gestion des réclamations et des contentieux ;
- dans l'intérêt légitime du responsable de traitement, sauf opposition du bénéficiaire aux coordonnées mentionnées après :
  - l'élaboration de statistiques, d'études techniques et d'analyses marketing, notamment pour optimiser les processus métiers, améliorer l'expérience bénéficiaire en optimisant le parcours client, fournir des offres plus adaptées au marché et suivre la qualité des services rendus ;
  - les opérations relatives à la gestion clients et notamment le suivi de la relation (ex : passation d'enquête de satisfaction, enregistrement des appels) ;
  - le lancement de campagnes de prévention (ex : alertes liées à la survenance d'intempéries) ;
- dans le cadre des obligations légales :
  - la mise en œuvre de dispositifs en matière de lutte contre la fraude. En cas de détection d'une anomalie, d'une incohérence ou d'un signalement, une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude peut être réalisée ;
  - la réponse à des demandes officielles émanant d'une autorité publique ou judiciaire dûment habilitée ;
  - la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. A ce titre, le traitement de surveillance des contrats peut aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la loi en la matière ;
  - le déploiement de dispositif de lutte contre la corruption ;
  - la gestion des demandes des droits (accès, opposition...).

Ces données peuvent être transmises ou accessibles aux entités suivantes, ayant besoin d'en connaître et dans la limite de leurs attributions respectives :

- aux distributeurs et prestataires en charge de la gestion du portefeuille client ;
- aux prestataires chargés de l'exécution des prestations d'assistance ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance y compris les autorités pour l'obtention des éventuelles autorisations nécessaires. Certains prestataires d'assistance peuvent avoir la qualité de responsable de traitement ; ils collectent et traitent alors les données personnelles dont ils sont destinataires conformément à leur propre politique de confidentialité ;
- aux sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques ;
- aux entités du Groupe IMA intervenant en qualité de sous-traitant pour les finalités visées ci-dessus ;
- aux syndicats et fédérations professionnels pour les opérations pilotées par ou à l'initiative de ces organismes ;
- à Intériale à des fins de reporting d'activité, à l'exception des éventuelles données médicales et sauf opposition notifiée aux coordonnées ci-dessous.

En outre, elles peuvent faire l'objet d'une mutualisation avec les données d'autres assureurs dans le cadre d'un dispositif professionnel ayant pour finalité la lutte contre la fraude et dont le responsable du traitement est l'ALFA (l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance). Les données mutualisées sont les données relatives aux contrats d'assurance automobile et aux sinistres déclarés aux assureurs. Dans ce cadre, les données sont destinées au personnel habilité de l'ALFA, ainsi qu'aux organismes directement concernés par une fraude (organismes d'assurance, autorités judiciaires, officiers ministériels, auxiliaires de justice, organismes tiers autorisés par une disposition légale ou règlementaire). Pour l'exercice des droits dans le cadre de ce traitement, le bénéficiaire peut contacter l'ALFA, 1 rue Jules Lefebvre, 75431 Paris Cedex 09.
Elles sont susceptibles d'être accessibles depuis des pays tiers à l'Union Européenne dans le cadre d'opérations d'administration et de maintenance informatiques.

Paraphe des parties :

Dans le cas où le bénéficiaire fournit des informations sur des tiers, le bénéficiaire s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini au présent article.
Des enregistrements ou double-écoutes sont réalisés sur une partie des appels à destination des services d'assistance dans le cadre de :

- la montée en compétence des collaborateurs ;
- le suivi du conseil et de la qualité de la relation client ;
- la constitution d'éléments factuels exploitables dans le cadre de la prévention et la résolution des litiges, contentieux et précontentieux ;
- la protection des collaborateurs en cas d'agressions verbales et incivilités à leur encontre ;
- la réalisation d'expérimentations en lien avec les objectifs de management et de suivi de la qualité ainsi qu'autour d'analyses des conversations via des techniques d'intelligence artificielle ;
- la gestion des demandes d'exercice de vos droits ;
- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption.

Ces enregistrements sont destinés aux seules personnes habilitées et sont susceptibles d'être transmis et/ou accessibles par les prestataires techniques intervenant dans la mise en place et l'analyse des conversations téléphoniques. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques. Les enregistrements sont conservés pour une durée de six mois, sauf en cas de contentieux où ils sont conservés pour la durée du contentieux et jusqu'à l'expiration des voies de recours.

Pour les finalités soumises à consentement, le bénéficiaire peut, à tout moment, le retirer auprès du Délégué à la Protection des Données aux coordonnées ci-dessous. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier des services associés.
Dans les conditions prévues par la loi, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité et d'opposition. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, aux coordonnées suivantes : IMA GIE - Direction des Affaires Juridiques – Déléguée à la Protection des Données - 118 avenue de Paris – 79000 Niort – dpo@ima.eu.

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles compétente s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

1.5 SANCTIONS INTERNATIONALES

Les garanties sont suspendues lorsqu'une interdiction de mettre en œuvre une prestation ou de payer une somme d'argent s'impose à IMA ASSURANCES du fait d'une mesure restrictive financière ou commerciale décidée par tout État ou une organisation internationale/supranationale à l'encontre d'autres États, de territoires, de personnes physiques, de personnes morales ou d'entités de droit public ou de droit privé.

1.6 RÉCLAMATION ET MÉDIATION

Une réclamation est une déclaration actant d'un mécontentement concernant les garanties d'assistance mises en œuvre, ou la relation avec IMA ASSURANCES au cours de cette mise en œuvre (une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation).

En cas de réclamation, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courriel depuis le site www.ima.eu, Réclamations ou par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9.
Le Service Consommateur s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables suivant son envoi, et à y apporter une réponse dans un délai de deux mois maximum.

En l'absence de réponse dans ce délai, ou si le désaccord persiste après la réponse du Service Consommateur, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09. La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

2. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

2.1 FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'Assistance à domicile s'appliquent dans les conditions spécifiées à chaque article en cas :

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
- d'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée,
- de séjour prolongé à la maternité,
- de survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation,
- de chirurgie ambulatoire entraînant une immobilisation au domicile
- d'intervention chirurgicale entrainant une immobilisation au domicile
- de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie et/ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation,
- de décès,

Paraphe des parties :

- d'événement traumatisant.

2.2 TERRITORIALITÉ

Les garanties d'assistance s'appliquent en France Métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon, Polynésie Française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna).

Définition des modalités de prise en charge des déplacements de personnes :
- Bénéficaire résident en France métropolitaine : prise en charge limitée au sein du territoire métropolitain, au train 1ère classe ou avion de ligne classe économique.
- Bénéficiaire résidant en 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 au numéro suivant :



IMA ASSURANCES apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie privée, 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 le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire.

En cas de maladie entraînant une hospitalisation programmée, la mise en œuvre des garanties d'assistance est limitée à 2 interventions par bénéficiaire sur 12 mois.

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

Dès lors qu'IMA ASSURANCES n'est pas en mesure de mettre en œuvre les garanties en outre-mer, IMA ASSURANCES s'engage à prendre en charge les frais engagés par le bénéficiaire, sur présentation de justificatifs et dans la limité des barèmes retenus en France métropolitaine.

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.

Les garanties Déplacement s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'événement.
IMA ASSURANCES ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.
Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention d'IMA ASSURANCES restent à sa charge (titre de transport, repas ...).

2.4 PIÈCES JUSTIFICATIVES

IMA ASSURANCES se réserve le droit de demander tout justificatif utile, notamment la justification médicale de l'évènement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, certificat d'invalidité...).
De la même façon, IMA ASSURANCES pourra demander au membre participant 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.

Paraphe des parties :

3. *LIMITATIONS, EXCLUSIONS, DÉCHÉANCES ET PROLONGATION DES GARANTIES*

3.1 DÉLAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable, toute demande d'assistance, portant sur les garanties décrites aux articles 4.1, 4.3 et 4.9, doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent :
- **une immobilisation au domicile,**
- **la sortie d'une hospitalisation,**
- **un décès.**

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour les garanties accessibles en cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire, la demande d'assistance doit être exercée au plus tard dans les 10 jours qui suivent l'événement.

Par exception, pour la garantie aide à domicile, le délai de demande d'assistance est de 30 jours pour celle de l'article 4.12.1 et 10 jours pour celle de l'article 4.2 à compter :
- **d'une immobilisation au domicile,**
- **de la sortie d'une hospitalisation,**
- **d'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'évènement (sortie d'hospitalisation, immobilisation ou décès).
Exemple pour la garantie aide à domicile plafonnée à 10 jours : en cas d'appel le 15ème jour suivant le jour de l'évènement, la garantie est alors plafonnée à 5 jours.

Pour les garanties complémentaires en cas de pathologies lourdes et de traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie et/ou curiethérapie, le délai de demande d'assistance est de 30 jours à compter :
- **d'une immobilisation au domicile,**
- **de la sortie d'une hospitalisation.**

Passé ce délai, les garanties seront mises en place au prorata des jours restants. Pour les garanties décrites aux articles 4.10 et 4.12.2, les prestations devront être exécutées dans un délai de 12 mois suivants l'événement.

3.2 FAUSSE DÉCLARATION

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un évènement garanti entraine la perte du droit à garantie. Il appartient à IMA ASSURANCES d'établir le caractère frauduleux de la déclaration.

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, épidémie, 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 REFUS DU BENEFICIAIRE

Si le bénéficiaire refuse les garanties proposées par IMA ASSURANCES, le bénéficiaire organise dans ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à la situation, IMA ASSURANCES étant dégagée de toute obligation. En aucun cas, IMA ASSURANCES ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

3.5 EXCLUSIONS

EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Ne sont en aucun cas pris en charge par IMA ASSURANCES :

Certains frais et dépenses sauf s'ils sont expressément prévus dans la présente convention d'assistance :

Les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur), de repas, les frais de téléphone et de connexion internet ainsi que les frais de bar, en cas d'hébergement pris en charge par IMA ASSURANCES au titre des garanties,

Les frais engagés par le bénéficiaire de sa propre initiative, sans l'accord préalable de IMA ASSURANCES, sauf cas de force majeure,

Les frais non mentionnés expressément comme donnant lieu à remboursement ou prise en charge et toute dépense pour laquelle le bénéficiaire ne peut produire de justificatif,

Les frais liés aux excédents de poids de bagages lors d'un rapatriement ou d'un transport de personne.

A quelque titre que ce soit, les conséquences des événements suivants :

La consommation d'alcool lorsqu'elle est à l'origine de la cause de l'événement, de drogue, et de toute substance stupéfiante mentionnée au code de la Santé Publique ou de tout produit assimilé non prescrit médicalement sauf lorsqu'il s'agit de la mise en œuvre de garanties spécifiquement et expressément prévues,

Paraphe des parties :

Tout effet d'origine nucléaire ou causé par toute source de rayonnement ionisant,

L'inobservation d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive.

Sont également exclues, les conséquences des situations suivantes :
Les infractions volontaires à la législation locale en vigueur ou une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,

EXCLUSIONS POUR LES GARANTIES D'ASSISTANCE SANTE

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

-Les hospitalisations dans des établissements et services psychiatriques, gérontologiques et gériatriques,
-Les hospitalisations 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,
-Les hospitalisations liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences,
-Les séjours en centre de convalescence,

EXCLUSIONS POUR LES GARANTIES D'ASSISTANCE DÉCÈS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

Les décès par suicide s'ils surviennent moins d'un an à compter de la date d'effet des garanties.

La responsabilité d'IMA ASSURANCES ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin, qui auront été préconisés par IMA ASSURANCES.
Par ailleurs, IMA ASSURANCES intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

La preuve de l'exclusion incombe à IMA ASSURANCES.

3.6 PROLONGATION DES GARANTIES

Lorsque les prestations mises en œuvre et prises en charge par IMA ASSURANCES prennent fin, IMA ASSURANCES propose aux 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 EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE OU PROGRAMMEE, EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE OU INTERVENTION CHIRURGICALE COMPRENANT UNE NUIT ET/OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPREVUE

4.1. PRÉSENCE d'un PROCHE au CHEVET du BÉNÉFICIAIRE

En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 2 jours ou d'immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours d'un 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 100 € pour 2 nuits.

4.2. AIDE A DOMICILE

- En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 2 jours du membre participant ou de son conjoint, IMA ASSURANCES met une aide à domicile 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 imprévue au domicile de plus de 5 jours du membre participant ou de son conjoint, IMA ASSURANCES met une aide à domicile 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 du membre participant ou de son conjoint.

Paraphe des parties :

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire du membre participant ou de son conjoint entraînant une immobilisation d'au moins 2 jours,

Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 10 jours.

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

Lorsque l'hospitalisation imprévue ou programmée du membre participant ou de son conjoint ou une immobilisation imprévue 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***

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

- ***Le transfert des enfants***

Un 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.

  En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire du membre participant ou de son conjoint entraînant une immobilisation d'au moins 2 jours,

  Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 10 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 10 jours.

- ***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 du membre participant ou de son conjoint.

* *pour les enfants et petits-enfants de moins de 18 ans.*

4.4. *GARDE des ENFANTS* EN CAS DE MALADIE SOUDAINE ET IMPREVISIBLE OU D'ACCIDENT CORPOREL*

En cas de maladie soudaine et imprévisible ou d'accident corporel 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***

Un déplacement aller et retour d'un proche désigné par le membre participant 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 corporel, selon la situation.

* *pour les enfants et petits-enfants de moins de 18 ans.*

4.5. *ÉCOLE à DOMICILE*

Si, à la suite d'un accident corporel ou d'une maladie soudaine et imprévisible, l'enfant** du membre participant ou de son conjoint 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.*

Paraphe des parties :

4.6. *EN CAS DE SÉJOUR PROLONGÉ EN MATERNITÉ*

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

4.7. *PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS EN CAS D'INDISPONIBILITÉ DU MEMBRE PARTICIPANT OU DE SON CONJOINT*

En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée du membre participant ou de son conjoint, ou d'immobilisation imprévue 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 :

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

OU

- D'un déplacement aller et retour au domicile d'un proche désigné par le membre participant ou son conjoint, ainsi que celui d'un adulte les accompagnants, en train 1ère classe, bateau, taxi ou avion de ligne, classe économique,

OU

- 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 du membre participant ou de son conjoint.

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire du membre participant ou de son conjoint entraînant une immobilisation d'au moins 2 jours,

Le nombre d'heures attribuées par IMA ASSURANCES ne pourra excéder 10 heures réparties sur une période maximale de 10 jours.

4.8. *PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES*

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
En cas d'hospitalisation programmée de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint.
En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire du membre participant ou de son conjoint entraînant une immobilisation d'au moins 2 jours,
En cas d'immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

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

IMA ASSURANCES prend en charge sur présentation d'un justificatif de paiement, l'une des garanties suivantes :

- La visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter », ou
- La garde de l'animal par un « pet sitter » ou autre professionnel de l'hébergement animal.

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de garde. Elle est limitée à un forfait de 15€ par jour, jusqu'à 450€ TTC maximum, et valable pour une garantie exécutée sur des jours consécutifs.

4.9. *SERVICES DE PROXIMITÉ*

En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 2 jours ou d'immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours d'un bénéficiaire, IMA ASSURANCES organise et prend en charge sur une période d'un mois les garanties suivantes :

- ***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 bénéficiaire.

- ***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 une livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas* (au choix du bénéficiaire) répartie sur un mois.
Notre solution de portage de repas permet au bénéficiaire, lors de sa commande, de trouver une écoute pour l'aider à composer

Paraphe des parties :

ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il lui sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.
Le prix des repas demeure à la charge du bénéficiaire.
** sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit déjeuner est exclu de la garantie.*

- ***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, souhaite bénéficier d'une prestation 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.

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire du membre participant ou de son conjoint entraînant une immobilisation d'au moins 2 jours,

IMA ASSURANCES organise et prend en charge sur une période de 10 jours les garanties décrites ci-dessus.

4.10. *ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE*

En cas d'événement ressenti comme traumatisant par l'un des bénéficiaires.

IMA ASSURANCES peut organiser et prendre en charge, selon la situation :
- Pour les bénéficiaires majeurs : jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien et/ou jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.
- Pour les bénéficiaires mineurs : jusqu'à 5 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est mise en œuvre 24h sur 24.

4.11. *CONSEIL SOCIAL*

- 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 et/ou curiethérapie,
- Suite à l'aggravation, dûment justifiée par un certificat médical, d'une pathologie mentionnée ci-dessus,

IMA ASSURANCES met en relation le membre participant ou son conjoint avec un Travailleur Social (titulaire du diplôme de Conseiller en Economie Sociale et Familiale) et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par foyer.
Ce service est accessible du lundi au vendredi hors jours férié pour une durée d'un an à compter de la date du premier appel.

La fonction de ce service est d'apporter des réponses au bénéficiaire 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.
Le Travailleur 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.

4.12. *GARANTIES COMPLEMENTAIRES EN CAS DE PATHOLOGIE NECESSITANT UN TRAITEMENT PAR RADIOTHERAPIE, CHIMIOTHERAPIE, TRITHERAPIE, QUADRITHERAPIE ET/OU CURIETHERAPIE POUR LE MEMBRE PARTICIPANT OU SON CONJOINT*

4.12.1. *Aide à domicile*

En cas de nécessité de traitement médical entraînant des séances de radiothérapie, de chimiothérapie, trithérapie, quadrithérapie et/ou curiethérapie en établissement hospitalier ou à domicile, IMA ASSURANCES met à la disposition du membre participant ou de son conjoint une aide à domicile. 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.

Paraphe des parties :

4.12.2. *Coaching Sportif*

En cas de cancer diagnostiqué du membre participant ou de son conjoint, IMA ASSURANCES prend en charge sur présentation d'un justificatif de paiement jusqu'à 400€ TTC des séances pour améliorer sa condition physique et maintenir son capital santé par l'activité physique dans une salle de sport, une association sportive, en visio ou à domicile.

Cette garantie s'applique une seule fois sur une période de 12 mois.

4.13. *TRANSMISSION de MESSAGES URGENTS*

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

4.14. *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 ...).

4.15. *GARANTIES MÉDICALES*

• ***Conseils médicaux***
Hors urgence médicale et en l'absence du médecin traitant, des conseils médicaux, liés à un accident corporel ou à une maladie, peuvent être prodigués par les médecins d'IMA ASSURANCES. Ces conseils ne pourront cependant pas être considérés comme des consultations médicales.
• ***Recherche de médecin, infirmière, intervenant paramédical***
En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, IMA ASSURANCES communique les coordonnées d'un médecin.
De la même façon, IMA ASSURANCES, peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communiquer les coordonnées d'une infirmière ou des 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.

4.16. *BILAN TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS)*

À tout moment, afin d'aider le membre participant ou son conjoint souhaitant obtenir des informations sur la prévention des troubles musculo-squelettiques, IMA ASSURANCES organise et prend en charge un bilan prévention réalisé à distance du lundi au vendredi, hors jour férié par un kinésithérapeute 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, le kinésithérapeute 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,...

4.17. *PRÉVENTION DU STRESS AU TRAVAIL*

A tout moment, afin d'aider le membre participant ou son conjoint qui rencontrent une situation professionnelle génératrice de stress ou de mal-être (conflits avec le public, un collègue ou un supérieur hiérarchique, surcharge de travail, difficulté à concilier vie professionnelle/vie personnelle ...) et qui souhaitent bénéficier d'un soutien pour y faire face, IMA ASSURANCES organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par an et par bénéficiaire avec un psychologue clinicien et/ou 1 à 3 entretiens en face à face.

Paraphe des parties :

Le psychologue réalise une écoute professionnelle, non orientée et non interventionniste en gardant distance et neutralité bienveillantes.

Le bénéficiaire peut notamment aborder avec le psychologue, dans le cadre de ces entretiens, la situation vécue, les difficultés rencontrées, les conséquences sur sa santé.
Il peut réfléchir avec le psychologue sur les sources de son stress et de son mal-être, ses difficultés pour y faire face et envisager d'éventuelles actions pour faire face et mieux vivre la situation rencontrée.

L'entretien téléphonique vise également à orienter le bénéficiaire vers les dispositifs adaptés (psychiatre, psychologue spécialisé, association...) si le psychologue le juge nécessaire.

4.18. *INFORMATIONS JURIDIQUES ET MEDICALES*

4.18.1 Informations juridiques

IMA ASSURANCES met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français dans des domaines tels que : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger...

4.18.2 Informations médicales

Un professionnel de santé communique par téléphone ou via une solution digitale, dans un délai de 3 jours, des informations médicales en matière de santé et prévention sur les thèmes suivants :

- hygiène de vie, troubles du sommeil, gestion du stress, vaccins et examens, addictions (tabac, alcool, toxiques)...
- pré-hospitalisation, post-hospitalisation, conseil dépistage cancer...
- grossesse (examens à effectuer, médicaments proscrits), nourrisson (alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations)...

Les informations fournies de nature documentaire ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription. De plus en cas d'urgence médicale le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence.

Paraphe des parties :

Annexe 4 – Réseau de soins Santéclair

Les services MySantéclair, la plateforme digitale qui facilite votre accès aux soins

Santéclair est un prestataire de services qui met à disposition des Membres participants d'Intériale et de ses ayants droit (ci-après dénommés les bénéficiaires) un ensemble de services pour les aider à faire des choix éclairés pour leur santé, réduire leurs dépenses de santé et rechercher des professionnels et établissements de santé recommandés.
Ce service permet de géolocaliser des professionnels de la santé recommandés, des établissements de santé, des médecins et des paramédicaux, d'avoir accès à une analyse et du conseil sur des devis émanant de professionnels de santé non partenaires Santéclair, et à de nombreux services digitaux accessibles sur la plateforme MySantéclair, disponible sur l'espace adhérent.
Ces services sont proposés et gérés par notre partenaire Santéclair et ses partenaires.
Santéclair peut être amenée à faire évoluer son offre de services, cette liste a un caractère purement indicatif.

Santéclair - Société Anonyme au capital de 4 336 711 euros - 7 Mail Pablo Picasso – 44000 NANTES - immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977.

Vous pouvez consulter la liste des partenaires Santéclair via le lien suivant : https://www.santeclair.fr/fr/nos-partenaires

LES SERVICES SANTÉCLAIR : ce que vous devez savoir

I. Accès à des professionnels de la santé recommandés Santéclair

Les partenaires Santéclair sont : opticiens, chirurgiens-dentistes, orthodontistes, chirurgiens-dentistes qualifiés en implantologie dentaire, audioprothésistes, diététiciennes, ostéopathes et chiropracteurs présents sur le territoire métropolitain et pour certains dans des départements d'Outre-mer, qui se sont engagés contractuellement sur de bonnes pratiques professionnelles et sur des tarifs préférentiels.
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, en fonction des garanties prévues par votre contrat de complémentaire santé (excepté pour les centres de chirurgie réfractive, les diététiciennes, les ostéopathes et chiropracteurs).

Plus de 3 700 opticiens partenaires Santéclair vous proposent :

- des tarifs préférentiels et des services privilégiés pour votre équipement optique,
- des verres de grandes marques à tarifs préférentiels (Essilor, Nikon Verres Optiques, Seiko ou Zeiss),
- la remise d'un certificat d'authenticité de vos verres (y compris pour Offreclair),
- 15% de remise minimum sur les montures du panier à prix libre
- 15% de remise sur tous les autres produits du magasin (produits lentilles, solaires sans correction, sauf conditions particulières en magasin, accessoires, équipements basse vision…),
- des tarifs encadrés sur les lentilles,
- une garantie « satisfait ou échangé » sur les montures et verres du panier à tarifs libres (classe B) (1),
- une garantie casse sans franchise valable 2 ans pour les équipements optiques du panier à tarifs libres (classe B) (2)
- une garantie traitement anti-reflet, valable 3 ans(3)
- et de nombreux autres services et avantages proposés par les opticiens partenaires Santéclair (les services proposés par les opticiens peuvent différer selon les partenaires, pour découvrir l'ensemble de vos services et avantages, consultez la fiche de l'opticien partenaire sur MySantéclair).

Pour les équipements de classe A (panier 100% santé) :
Offreclair : une offre tout compris avec un équipement de qualité sans reste à charge, comprenant des verres de grandes marques (Essilor, Nikon Verres Optiques, Seiko ou Zeiss), avec un large choix pour vos montures parmi une collection exclusive de 30 montures design d'Origine France Garantie et éco-responsables.
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.
(1) Valable 15 jours sur les montures à compter de la livraison de l'équipement. De 3 à 6 mois sur les verres (rapprochez-vous de votre opticien pour connaître la durée de garantie de vos verres), à compter de la date de la délivrance de votre équipement.
(2) Valable sur les montures et les verres, 1 fois par élément. En cas de nouvelle casse, une franchise de 50% s'applique. Ne s'applique pas aux secondes paires. Cette garantie exclut les motifs suivants : rayures, utilisation anormale ou contraire à une utilisation conforme, adaptée et régulière du produit.
(3) En cas de défaut du traitement antireflet, sans franchise, dans les trois ans suivant la délivrance de l'équipement, (voir conditions détaillées avec votre opticien).

Plus de 180 centres d'ophtalmologie vous proposent :

- Consultations à dépassements d'honoraires modérés sous un délai de 15 jours, avec prise de rendez-vous dédiés exclusivement sur votre espace adhérent via MySantéclair, réalisation d'un bilan complet de la santé visuelle avec prescription de lunettes et de lentilles, et la remise d'un compte-rendu en fin d'examen.
  (Pas d'avantages tarifaires ni de tiers payant auprès de ces praticiens).

30 centres de chirurgie réfractive partenaires Santéclair disposant d'équipements laser modernes vous proposent :

Paraphe des parties :

- Tarifs préférentiels* sur les différentes techniques de pointe pour les opérations de la myopie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie ou la presbytie. Soins post-opératoires inclus dans les tarifs préférentiels.

** Par rapport au prix moyen du marché. Comparaison entre les tarifs préférentiels chez les professionnels de santé partenaires Santéclair et les tarifs pratiqués par les professionnels de la santé non partenaires Santéclair en 2019.*

Plus de 3 000 chirurgiens-dentistes, orthodontistes partenaires Santéclair vous proposent :

- Des tarifs préférentiels auprès des chirurgiens-dentistes et orthodontistes partenaires Santéclair sur les prothèses, les implants ou encore l'orthodontie.
- Un engagement des chirurgiens-dentistes à respecter les tarifs encadrés dans le cadre du dispositif Buzyn dit « 100% santé »

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.

100 chirurgiens-dentistes qualifiés en implantologie dentaire partenaires Santéclair vous proposent :

- jusqu'à 30 % d'économies sur certains actes d'implantologie ¨,
- des professionnels de santé de qualité ayant une pratique qualifiée de l'implantologie et disposant de plateaux techniques spécifiques,
- remise sur demande d'un certificat de traçabilité indiquant l'origine de l'implant, du pilier et de la prothèse.

Ce service permet de ne pas faire l'avance des frais. Les chirurgiens-dentistes qualifiés en implantologie dentaire partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Plus de 1 700 audioprothésistes partenaires Santéclair vous proposent :

- de tarifs préférentiels sur l'intégralité des gammes d'appareils auditifs à des prix jusqu'à 35 % * moins chers,
- d'une garantie panne de 4 ans incluse,
- 20% de remise sur les piles,
- de 10% de remise sur les assistants d'écoutes, les produits d'entretien, les bouchons et les accessoires (télécommande, casque TV, réveil amplificateur, chargeur de batterie),
- d'une période d'essai de 30 jours avant toute confirmation d'achat,
- d'une garantie « satisfait ou échangé » d'un mois après la période d'essai. Vous disposez, au- delà de la période d'essai, d'une garantie "satisfait ou échangé" valable un mois. En cas d'insatisfaction dans un délai d'un mois après la période d'essai, vous pouvez changer d'équipement.
- d'un suivi d'appareillage : l'audioprothésiste contrôle, règle et entretient les appareils auditifs après achat durant toute la durée de vie de l'appareil, autant de fois que nécessaire et sans frais supplémentaire,
- d'un kit de démarrage offert,
- facilité de paiement du reste à charge éventuel en 3 fois sans frais**.

Ce service permet de ne pas faire l'avance des frais. Les audioprothésistes partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

** Par rapport aux tarifs habituellement pratiqués hors réseau Santéclair à référence strictement identique (appareils auditifs de classe II).*
Etude réalisée par Santéclair sur les devis analysés du 1er janvier 2021 au 31 octobre décembre 2021. Comparaison portant sur les 40 références d'appareils les plus vendues. Le pourcentage de réduction varie selon les références d'appareils. Etude disponible sur demande.
*** Services proposés selon les partenaires. Pour connaître les services proposés, consultez la fiche de l'audioprothésiste sur Mysantéclair ou renseignez-vous auprès de l'audioprothésiste.*

Plus de 250 diététicien(ne)s partenaires Santéclair vous proposent :

- des prix inférieurs jusqu'à 15 % d'économies* sur des consultations de bilan et de suivi,
- des conseils hygiéno-diététiques personnalisés,
- des informations pratiques pour sélectionner votre praticien : horaires, tarifs, diplômes, ...

** Par rapport aux prix pratiqués par un échantillon de professionnels de la santé référencés par Santéclair n'appartenant pas au réseau. Etude réalisée en mars 2022 par Santéclair comparant les prix pratiqués par les professionnels partenaires du réseau aux prix pratiqués par cet échantillon. Etude disponible sur demande.*

200 ostéopathes et chiropracteurs partenaires Santéclair vous proposent :

- des tarifs de séance préférentiels jusqu'à 15%d'économies*,
- des praticiens sélectionnés selon des critères de qualité (formation et expérience),
- des informations pratiques pour sélectionner votre praticien : horaires, tarifs, diplômes, ...

Paraphe des parties :

** Par rapport aux prix pratiqués par un échantillon de professionnels de la santé référencés par Santéclair n'appartenant pas au réseau. Etude réalisée en mars 2022 par Santéclair comparant les prix pratiqués par les professionnels partenaires du réseau aux prix pratiqués par cet échantillon. Etude disponible sur demande.*

II. Analyse de devis conseil

Santéclair propose un service d'analyse de devis :

- **soit vous déposez votre devis en quelques clics depuis la plateforme MySantéclair. Les conseillers** réalisent l'analyse **sous 72 heures ouvrées** (selon le résultat de l'analyse de devis et le conseil qui peut être apporté, l'avis vous sera adressé depuis la plateforme sécurisée MySantéclair, par courrier ou par téléphone).

  Ce service permet de vérifier que la dépense en optique, en dentaire, en audioprothèse et pour les honoraires chirurgicaux est adaptée aux besoins des bénéficiaires tout en payant le juste prix.
  En optique, dentaire et audioprothèse, il vous permet également d'obtenir des informations pour vous aider à comprendre votre devis au regard du dispositif Buzyn (dit 100% santé) et de vérifier que le praticien respecte les tarifs encadrés dans le cadre du panier 100% santé.

- **soit vous pouvez analyser votre devis dentaire et votre devis hospitalier par vous-même, directement en ligne avec une réponse instantanée,** pour obtenir les estimations de remboursement et des conseils pour réduire votre reste à charge.

III. Services digitaux

Santéclair propose de nombreux services digitaux disponibles via MySantéclair sur l'espace adhérent :

- **MySantéclair : portail d'accès à tous les services proposés par Santéclair**

  - **L'outil de géolocalisation des professionnels de santé <u>partenaires Santéclair</u> :**
    - Dentistes et chirurgiens-dentistes qualifiés en implantologie dentaire ;
    - Opticiens ;
    - Centres d'ophtalmologie (pas d'avantages tarifaires ni de tiers payant) ;
    - Centres de chirurgie réfractive (pas de tiers payant) ;
    - Audioprothésistes ;
    - Diététicien(ne)s, ostéopathes et chiropracteurs.

  - **L'outil de géolocalisation des professionnels de la santé <u>non partenaires, recommandés par Santéclair</u> :**
    (pas d'avantages tarifaires ni de tiers payant, avec prise de rendez-vous en ligne ou par téléphone)
    - Médecins généralistes ou spécialistes ;
    - Orthodontistes ou chirurgiens-dentistes pratiquant l'endodontie, la parodontie, l'implantologie, l'endodontie, la pédodontie et la chirurgie des dents de sagesse ;
    - Ostéopathes et chiropracteurs reconnus par la profession membres du SFDO (Syndicat Français Des Ostéopathes) et de l'AFC (Association Française de Chiropraxie) ;
    - Naturopathes et sophrologues reconnus diplômés et reconnus par la profession, adhérents du SSP (Syndicat des Sophrologues Professionnels), de la FEPS (Fédération des Ecoles Professionnelles en Sophrologie) ou de l'OMNES (Organisation de la Médecine Naturelle et de l'Education Sanitaire).

  - **Accompagnement personnalisé pour l'achat de lunettes.**
    Il s'agit de transmettre des **<u>conseils pratiques</u>** pour accompagner et informer le bénéficiaire, avant et après son achat de lunettes. Le bénéficiaire s'inscrit volontairement au service. Le contenu des messages email ou sms est personnalisé selon le profil du bénéficiaire : âge, défaut visuel, nouveau porteur ou non, choix de l'équipement, avantage du réseau, suivi d'adaptation...

    Palmarès hospitalier* : ce service permet d'accéder à plus de 136 classements sur 85 spécialités. Effectuer le choix de votre hôpital de manière objective selon différents critères tels que: la qualité des établissements, l'éloignement géographique et l'affichage du prix de la chambre particulière. Un palmarès des meilleurs établissements hospitaliers établi par le magazine Le Point.
    **Service délivré par Santéclair et la participation de ses partenaires. Liste des partenaires disponible sur www.santeclair.fr/fr/nos-partenaires.*

  - **Programme nutrition* :** un programme ludique et personnalisé pour améliorer durablement ses habitudes alimentaires et atteindre ses objectifs en moins de 15 minutes par jour, en tenant compte des spécificités de la vie personnelle et professionnelle.
    **Service délivré par Santéclair et la participation de ses partenaires. Liste des partenaires disponible sur www.santeclair.fr/fr/nos-partenaires.*

  - **Programme sommeil* :** un programme en ligne personnalisé pour retrouver naturellement le sommeil en 30 jours en y consacrant quelques minutes par jour, obtenir un sommeil profondément réparateur et des réveils plein d'énergie, en prévenant les réveils nocturnes et en maîtrisant l'endormissement.

Paraphe des parties :

**Service délivré par Santéclair et la participation de ses partenaires. Liste des partenaires disponible sur www.santeclair.fr/fr/nos-partenaires.*

- **Analyse de symptômes et d'orientation* :** ce service permet d'analyser ses symptômes avec un résumé des causes possibles, des informations claires sur le caractère d'urgence de votre situation et la démarche à suivre. Bénéficiez d'un outil en ligne pensé et validé par des médecins sans frais et accessible quand vous en avez besoin : 7J/7, 24H/24.
  **Service délivré par Santéclair et la participation de ses partenaires. Liste des partenaires disponible sur www.santeclair.fr/fr/nos-partenaires.*
  Attention, ce service n'est pas un service d'urgence ; en cas d'urgence contacter le 15 (depuis la France) ou le 112 (numéro d'urgence européen).

- **Conseils sur l'automédication :** soignez-vous en toute sécurité avec près de 1800 médicaments référencés et notés selon leur efficacité et leur tolérance. Accédez à des fiches conseils et au prix moyen de vente en pharmacie.

- **Téléconsultation* :** un service de téléconsultation avec l'obtention d'un avis médical / diagnostic et si nécessaire d'une ordonnance valable en pharmacie (y compris à l'étranger). Ce service est accessible **24h sur 24h et 7J/7**** en vidéo avec un ordinateur, un mobile ou une tablette (bascule téléphone en cas de problème). Les bénéficiaires ont accès à des téléconsultations sans limite de nombre et sans frais*** et un large choix de spécialités médicales.
  **Service délivré par Santéclair et la participation de ses partenaires. Liste des partenaires disponible sur www.santeclair.fr/fr/nos-partenaires.*
  *** Délai d'accès à un médecin généraliste jusqu'à 1 heure en journée, 3 heures la nuit. Délai d'accès à un spécialiste sous 3 heures à 15 jours selon la spécialité. Délais applicables auprès des médecins généralistes ou spécialistes dans 85% des cas. Sous réserve de la disponibilité des praticiens en cas de période de tension médicale. *** En dehors de la participation forfaitaire le cas échéant de 2€ sur vos prochains remboursements effectués par l'Assurance Maladie. Attention, ce service n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence contactez le 15 (depuis la France) ou le 112 (numéro d'urgence européen).*

- **Infirmières à domicile* :** service de mise en relation rapide en ligne avec une infirmière à domicile pour la prise en charge de tous types de soins.
  **Service délivré par Santéclair et la participation de ses partenaires. Liste des partenaires disponible sur www.santeclair.fr/fr/nos-partenaires.*

- **Coaching sportif* :** service de mise en relation avec des coachs sportifs qui permet à l'assuré d'obtenir un coaching personnalisé et adapté (y compris APA : Activité Physique Adaptée). L'assuré bénéficie de 5% de remise sur tous les cours, quelle que soit la formule choisie et d'une remise de 20% supplémentaire pour les coaching live en saisissant le code « LIVE ».
  **Service délivré par Santéclair et la participation de ses partenaires. Liste des partenaires disponible sur www.santeclair.fr/fr/nos-partenaires.*

- **Deuxième avis médical* :** ce service de deuxième avis médical permet à l'assuré d'obtenir une nouvelle analyse de son diagnostic en cas de maladie grave, rare ou invalidante** **sous 7 jours** par un médecin certifié à partir de son dossier médical.
  **Service délivré par Santéclair et la participation de ses partenaires. Liste des partenaires disponible sur www.santeclair.fr/fr/nos-partenaires.*
  ***Plus de 800 pathologies couvertes : problèmes orthopédiques, cardiovasculaires, l'endométriose, l'infertilité, la cancérologie,…*

- **Service achat de lentilles en ligne*** accessible depuis votre espace adhérent : Disposez d'une remise de 5% sur votre commande** et pas d'avance de frais grâce au tiers payant***.
  **Service délivré par Santéclair et la participation de ses partenaires. Liste des partenaires disponible sur www.santeclair.fr/fr/nos-partenaires.*
  ***Sous réserve de la délivrance d'un accord de prise en charge. La remise ne s'applique pas sur les frais de port.*
  ****En fonction des garanties prévues par votre contrat de complémentaire santé et sous réserve de la délivrance d'un accord de prise en charge.*

- **Fiches hospitalières :** accès à des fiches permettant à l'assuré de préparer son parcours hospitalier (avant-pendant et après son hospitalisation).

- **Outil de calcul du reste à charge en médecine de ville :** service permettant de calculer son reste à charge pour une consultation avec un médecin généraliste ou spécialiste.

- **Géolocalisation des services d'accueil d'urgence** : accès à un annuaire répertoriant les hôpitaux avec accueil d'urgence en fonction des spécialités proposées.

Paraphe des parties :



FR378518 01WYMU

Paraphe des parties :