



**Une mutuelle qui
comprend vraiment
qui je suis ?
J'adhère !**



ircem
MUTUELLE | PRÉVOYANCE | RETRAITE

Nous vous accompagnons dans votre démarcheN'hésitez pas à nous appeler au  **0980 980 390**

(appel non surtaxé)

DEMANDE D'ADHÉSION

INFORMATIONS OBLIGATOIRES à compléter et à renvoyer à :
Ircem Mutuelle - Libre Réponse 88709 - 59069 Roubaix Cedex 1
SANS AFFRANCHIR, accompagné des documents indispensables au dossier.

VOUS, L'ASSURÉ (MEMBRE PARTICIPANT)

Civilité : Madame Monsieur
Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom(s) : Date de naissance :
Adresse :
Complément d'adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone : E-mail :
Situation de famille : marié(e) célibataire divorcé(e) veuf(ve) séparé(e) concubin(e) partenaire pacsé(e)
Situation professionnelle (CSP) :
N° de Sécurité sociale :
Régime de Sécurité sociale : Régime Général Régime Alsace-Moselle
N° de l'organisme de rattachement :

LES MEMBRES DE LA FAMILLE À GARANTIR**CONJOINT :**

Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom(s) :
Date de naissance :
N° de Sécurité sociale :
Régime de Sécurité sociale : Régime Général Régime Alsace-Moselle
N° de l'organisme de rattachement :

ENFANT(S) : Pour les enfants âgés de plus de 18 ans, joindre un certificat de scolarité et une copie de l'attestation de droits de Sécurité sociale.

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale	Lien de parenté

CHOIX DE LA FORMULE

Cochez la formule choisie :

 Essentiel Tranquillité Premium

Date d'adhésion souhaitée :

AVANTAGES

Code avantage :

Parrainage :

PÉRIODICITÉ DE PRÉLÈVEMENT BANCAIRE

Cochez la périodicité choisie pour le paiement de vos cotisations :

 Prélèvement mensuel Prélèvement trimestriel

N'oubliez pas de compléter et de signer le mandat de prélèvement SEPA ci-dessous.

MODALITÉS D'ADHÉSION

Je soussigné(e) adhère au contrat SANTÉ, dont la formule a été choisie ci-dessus, dans les conditions et limites prévues au Règlement mutualiste ci-joint.

Je reconnais avoir reçu, pris connaissance et conservé :

- un exemplaire de la fiche de conseil en assurance
- le document normalisé sur le produit d'assurance
- le Règlement mutualiste valant notice d'information contractuelle et précontractuelle du contrat SANTÉ et les accepter dans leur intégralité.

Je déclare sincères et exacts les renseignements portés sur le présent document et qui serviront de base à l'acceptation de ma demande.

J'affirme être à jour des cotisations au titre de mon régime légalement obligatoire d'assurance maladie et m'engage à le rester.

Votre adhésion devient effective au premier jour du mois civil suivant la réception de votre dossier complet d'adhésion ou à la date souhaitée, sous réserve que cette Demande d'Adhésion soit confirmée par l'Ircem Mutuelle et que la première cotisation soit réglée.

A

Signature du membre participant (assuré)

Le



INFORMATIONS RELATIVES AU CONTRAT

Informations relatives aux frais de gestion au titre de la Garantie Santé pour 2023 :

1) Ratio Prestations versées / Cotisations encaissées : 79,5 %

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

2) Ratio Frais de gestion / Cotisations encaissées : 16,6 %

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

DONNÉES PERSONNELLES

Nous vous invitons à compléter les informations afin de nous permettre d'établir votre contrat. Ces informations sont obligatoires. Ces données à caractère personnel collectées sont destinées à l'Ircem Mutuelle, aux entités composantes du Groupe Ircem, ainsi qu'à ses partenaires contractuellement liés. Elles sont conservées pour une durée qui n'excède pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées. Ce traitement est fondé sur l'exécution de votre contrat.

Conformément à la législation en vigueur relative à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement aux données personnelles vous concernant, ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation à leurs traitements. Si vous souhaitez exercer vos droits, vous pouvez écrire, à l'attention du Délégué à la protection des données, au Groupe Ircem – Direction Conformité et communication institutionnelle, 261 avenue des Nations Unies, 59672 Roubaix Cedex 1, en indiquant vos nom, prénom, adresse, email et si possible votre référence client afin d'accélérer la prise en compte de votre demande. Pour toute question relative à la gestion de vos données personnelles au sein du Groupe Ircem, vous pouvez adresser un email à l'adresse suivante : dpo@ircem.org, ou contacter la CNIL pour toute réclamation. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données et de vos droits, consultez le Règlement mutualiste.

IRCÉM ASSISTANCE SANTE N°0804629 - L'assistance est assurée par INTER PARTNER ASSISTANCE, Société Anonyme de droit belge au capital de 180 702 613 €, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 7 Boulevard du Régent 1000 Bruxelles – Bruxelles Capitale – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500, IDU N°FR322155_01UWGT et située 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff

FICHE DE CONSEIL EN ASSURANCE

(Article L. 521-4 du Code des assurances et article L. 116-6 du Code de la mutualité)

QUI SOMMES-NOUS ?

L'Ircem Mutuelle propose de manière facultative la souscription à des contrats d'assurance vous permettant de vous couvrir contre les aléas de la vie.

QUEL EST VOTRE BESOIN ?

Vous nous avez exprimé le besoin de souscrire à une assurance permettant d'être remboursé pour les frais de santé engagés.

NOTRE CONSEIL PERSONNALISÉ

Compte-tenu de votre situation, de votre besoin exprimé, nous vous proposons le contrat d'assurance SANTÉ qui constitue pour vous une solution adéquate.

Il s'agit d'un contrat d'assurance qui vous permet des remboursements, en complément des prestations versées par le régime obligatoire, des frais de soins de santé engagés à la suite d'une maladie, un accident et/ou une maternité.

Ce contrat propose différentes formules (vos choix sont reportés sur le bulletin d'adhésion ou le certificat d'adhésion) :

Essentiel	Tranquillité	Premium
Pour couvrir les soins indispensables tels que les consultations, la pharmacie et l'hospitalisation	Pour une prise en charge des soins courants et profiter de forfaits en optique, dentaire, audio et en prévention	Pour une couverture complète au quotidien

Toutes les formules intègrent différents services d'assistance tels que : aide-ménagère, garde malade, garde d'enfants de moins de 16 ans,...

Votre attention est attirée sur le fait que notre conseil se fonde sur les informations que vous avez accepté de nous communiquer, lesquelles doivent être complètes et sincères pour permettre la délivrance d'un conseil adapté et vous orienter dans le choix de votre contrat et garanties.

Nos garanties sont en conformité avec les exigences posées par l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux « contrats responsables et solidaires » et les décrets pris pour son application, et s'inscrivent dans le respect du parcours de soins coordonnés. Nos garanties ne prennent pas en charge :

- la contribution forfaitaire prélevée par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les actes et consultations des médecins et sur les actes de biologie médicale ;
- les franchises applicables laissées à la charge de l'assuré (sommes déduites des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire) sur les médicaments, les actes paramédicaux (sauf effectués lors d'une hospitalisation) et sur les frais de transport sanitaires ;
- la baisse du remboursement de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins ou de refus du patient d'accorder l'accès à son dossier médical personnel ;
- la part forfaitaire du dépassement d'honoraires des spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant.

Les frais de santé assurés sont ceux engagés entre la date d'effet et la date de résiliation de l'adhésion. C'est la date des soins retenue par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) qui sert de référence. En dentaire, les frais de santé doivent également être situés dans cette période ainsi que les dates de proposition et d'exécution des travaux.

Nos remboursements sont limités aux frais réels engagés et calculés après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme, ou tiers responsable.

Dès lors que votre contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires, les taux de prise en charge indiqués au Tableau de garanties sont minorés de 20 % et plafonnés à 200% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale, lorsque le médecin n'est pas signataire des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées.

Les garanties exprimées en forfaits ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Tout forfait non utilisé ne donne pas lieu à report.

Nous ne prenons pas en charge, quelle que soit la formule choisie, les frais d'hospitalisation en long séjour, c'est-à-dire les soins et les prestations réalisés dans le cadre d'un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien, ainsi que les soins et les prestations réalisés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Nous vous invitons à prendre connaissance du règlement mutualiste (valant notice d'information du contrat) du contrat d'assurance SANTÉ qui vous a été remis et qui est également disponible sur le site www.ircem.com.

Il reprend l'ensemble des informations sur les conditions de souscription du contrat, les modalités de fonctionnement des garanties, notamment les exclusions, les pièces à fournir pour le versement des indemnités journalières et du capital.

EN CAS DE RÉCLAMATION

En cas de mécontentement, vous pouvez adresser votre réclamation :

- Sur le site internet www.ircem.com, rubrique Réclamations ;
- Par courriel adressé à serviceclientqualite@ircem.org ;
- Par courrier à l'adresse suivante : Groupe Ircem - Service Client Qualité - 261 avenue des Nations Unies - 59672 Roubaix Cedex 1.

Concernant les garanties d'assistance, vous pouvez adresser votre réclamation :

- Par courrier à l'adresse suivante : AXA Assistance - Service Gestion Relation Clientèle, 8/10 rue Paul Vaillant Couturier, 92240 Malakoff
- Sur le site internet, à partir de la rubrique contact www.axa-assistance.fr/contact ;

Nous accuserons réception de votre réclamation, dans les 10 jours ouvrés à compter de sa réception (sauf si la réponse vous a été apportée dans ce délai). Dans tous les cas, nous nous engageons à vous apporter une réponse définitive dans un délais maximum de 2 mois entre l'envoi de votre réclamation et notre réponse définitive.

À réception de la réponse du Service Client Qualité, si le désaccord persiste, vous avez la possibilité de saisir le médiateur externe, sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent. Par ailleurs, vous pouvez également le saisir dans le cas où le Groupe IRCÉM ou AXA Assistance ne respecterait pas le délai de 2 mois maximum pour traiter votre réclamation. La Médiation de la protection sociale est une instance indépendante dont le Médiateur a été agréé par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation placée auprès du ministre chargé de l'économie et prévue par les articles L.615-1 et suivants et R.615-1 et suivants du Code de la consommation. Le Médiateur appréciera votre demande gratuitement et en toute confidentialité, en droit, éventuellement en équité, dans les conditions strictement spécifiées dans le dernier Rapport annuel du Médiateur. La saisine du Médiateur s'opère par voie postale ou par voie électronique. Votre demande doit comprendre un exposé des motifs de désaccord ainsi que les références de dossier citées dans les courriers de réponse précédemment envoyés par le Groupe IRCÉM ou à défaut les copies desdits courriers. Pour formuler votre demande, plusieurs possibilités s'offrent à vous :

- Sur le site ctip.asso.fr, rubrique « Médiateur de la protection sociale (CTIP) »,
- Par courrier à l'adresse suivante : « Médiateur de la protection sociale (CTIP) 10, rue Cambacérès 75008 Paris ».

RÉMUNÉRATION DES DISTRIBUTEURS

Nous vous informons que les conseillers distribuant les produits et services perçoivent une rémunération fixe qui peut être complétée d'une rémunération variable liée à l'atteinte d'objectifs individualisés.

DONNÉES PERSONNELLES

Les informations personnelles renseignées sur ce document sont obligatoires et nécessaires à l'Ircem Mutuelle afin de souscrire à la garantie proposée. Conformément à la législation en vigueur, vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Vous disposez également du droit de définir des directives sur le sort de vos données après votre décès et du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données et de vos droits, consultez la Politique de protection des données sur : <https://www.ircem-mutuelle.com/politique-de-protection-donnees-personnelles/>.

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous avez la possibilité de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur bloctel.gouv.fr ou en écrivant à Opposetel - Service Bloctel - 6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes.

Fait à :
Le :
Signature :

L'assistance est assurée par INTER PARTNER ASSISTANCE, Société Anonyme de droit belge au capital de 180 702 613 €, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 7 Boulevard du Régent 1000 Bruxelles – Bruxelles Capitale – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500, IDU N°FR322155_01UWGT et située 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff.

FICHE DE CONSEIL EN ASSURANCE

(Article L. 521-4 du Code des assurances et article L. 116-6 du Code de la mutualité)

QUI SOMMES-NOUS ?

L'Ircem Mutuelle propose de manière facultative la souscription à des contrats d'assurance vous permettant de vous couvrir contre les aléas de la vie.

QUEL EST VOTRE BESOIN ?

Vous nous avez exprimé le besoin de souscrire à une assurance permettant d'être remboursé pour les frais de santé engagés.

NOTRE CONSEIL PERSONNALISÉ

Compte-tenu de votre situation, de votre besoin exprimé, nous vous proposons le contrat d'assurance SANTÉ qui constitue pour vous une solution adéquate.

Il s'agit d'un contrat d'assurance qui vous permet des remboursements, en complément des prestations versées par le régime obligatoire, des frais de soins de santé engagés à la suite d'une maladie, un accident et/ou une maternité.

Ce contrat propose différentes formules (vos choix sont reportés sur le bulletin d'adhésion ou le certificat d'adhésion) :

Essentiel	Tranquillité	Premium
Pour couvrir les soins indispensables tels que les consultations, la pharmacie et l'hospitalisation	Pour une prise en charge des soins courants et profiter de forfaits en optique, dentaire, audio et en prévention	Pour une couverture complète au quotidien

Toutes les formules intègrent différents services d'assistance tels que : aide-ménagère, garde malade, garde d'enfants de moins de 16 ans,...

Votre attention est attirée sur le fait que notre conseil se fonde sur les informations que vous avez accepté de nous communiquer, lesquelles doivent être complètes et sincères pour permettre la délivrance d'un conseil adapté et vous orienter dans le choix de votre contrat et garanties.

Nos garanties sont en conformité avec les exigences posées par l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux « contrats responsables et solidaires » et les décrets pris pour son application, et s'inscrivent dans le respect du parcours de soins coordonnés. Nos garanties ne prennent pas en charge :

- la contribution forfaitaire prélevée par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les actes et consultations des médecins et sur les actes de biologie médicale ;
- les franchises applicables laissées à la charge de l'assuré (sommes déduites des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire) sur les médicaments, les actes paramédicaux (sauf effectués lors d'une hospitalisation) et sur les frais de transport sanitaires ;
- la baisse du remboursement de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins ou de refus du patient d'accorder l'accès à son dossier médical personnel ;
- la part forfaitaire du dépassement d'honoraires des spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant.

Les frais de santé assurés sont ceux engagés entre la date d'effet et la date de résiliation de l'adhésion. C'est la date des soins retenue par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) qui sert de référence. En dentaire, les frais de santé doivent également être situés dans cette période ainsi que les dates de proposition et d'exécution des travaux.

Nos remboursements sont limités aux frais réels engagés et calculés après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme, ou tiers responsable.

Dès lors que votre contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires, les taux de prise en charge indiqués au Tableau de garanties sont minorés de 20 % et plafonnés à 200% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale, lorsque le médecin n'est pas signataire des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées.

Les garanties exprimées en forfaits ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Tout forfait non utilisé ne donne pas lieu à report.

Nous ne prenons pas en charge, quelle que soit la formule choisie, les frais d'hospitalisation en long séjour, c'est-à-dire les soins et les prestations réalisés dans le cadre d'un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien, ainsi que les soins et les prestations réalisés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Nous vous invitons à prendre connaissance du règlement mutualiste (valant notice d'information du contrat) du contrat d'assurance SANTÉ qui vous a été remis et qui est également disponible sur le site www.ircem.com.

Il reprend l'ensemble des informations sur les conditions de souscription du contrat, les modalités de fonctionnement des garanties, notamment les exclusions, les pièces à fournir pour le versement des indemnités journalières et du capital.

EN CAS DE RÉCLAMATION

En cas de mécontentement, vous pouvez adresser votre réclamation :

- Sur le site internet www.ircem.com, rubrique Réclamations ;
- Par courriel adressé à serviceclientqualite@ircem.org ;
- Par courrier à l'adresse suivante : Groupe Ircem - Service Client Qualité - 261 avenue des Nations Unies - 59672 Roubaix Cedex 1.

Concernant les garanties d'assistance, vous pouvez adresser votre réclamation :

- Par courrier à l'adresse suivante : AXA Assistance - Service Gestion Relation Clientèle, 8/10 rue Paul Vaillant Couturier, 92240 Malakoff
- Sur le site internet, à partir de la rubrique contact www.axa-assistance.fr/contact ;

Nous accuserons réception de votre réclamation, dans les 10 jours ouvrés à compter de sa réception (sauf si la réponse vous a été apportée dans ce délai). Dans tous les cas, nous nous engageons à vous apporter une réponse définitive dans un délais maximum de 2 mois entre l'envoi de votre réclamation et notre réponse définitive.

À réception de la réponse du Service Client Qualité, si le désaccord persiste, vous avez la possibilité de saisir le médiateur externe, sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent. Par ailleurs, vous pouvez également le saisir dans le cas où le Groupe IRCÉM ou AXA Assistance ne respecterait pas le délai de 2 mois maximum pour traiter votre réclamation. La Médiation de la protection sociale est une instance indépendante dont le Médiateur a été agréé par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation placée auprès du ministre chargé de l'économie et prévue par les articles L.615-1 et suivants et R.615-1 et suivants du Code de la consommation. Le Médiateur appréciera votre demande gratuitement et en toute confidentialité, en droit, éventuellement en équité, dans les conditions strictement spécifiées dans le dernier Rapport annuel du Médiateur. La saisine du Médiateur s'opère par voie postale ou par voie électronique. Votre demande doit comprendre un exposé des motifs de désaccord ainsi que les références de dossier citées dans les courriers de réponse précédemment envoyés par le Groupe IRCÉM ou à défaut les copies desdits courriers. Pour formuler votre demande, plusieurs possibilités s'offrent à vous :

- Sur le site ctip.asso.fr, rubrique « Médiateur de la protection sociale (CTIP) »,
- Par courrier à l'adresse suivante : « Médiateur de la protection sociale (CTIP) 10, rue Cambacérès 75008 Paris ».

RÉMUNÉRATION DES DISTRIBUTEURS

Nous vous informons que les conseillers distribuant les produits et services perçoivent une rémunération fixe qui peut être complétée d'une rémunération variable liée à l'atteinte d'objectifs individualisés.

DONNÉES PERSONNELLES

Les informations personnelles renseignées sur ce document sont obligatoires et nécessaires à l'Ircem Mutuelle afin de souscrire à la garantie proposée. Conformément à la législation en vigueur, vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Vous disposez également du droit de définir des directives sur le sort de vos données après votre décès et du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données et de vos droits, consultez la Politique de protection des données sur : <https://www.ircem-mutuelle.com/politique-de-protection-donnees-personnelles/>.

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous avez la possibilité de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur bloctel.gouv.fr ou en écrivant à Opposetel - Service Bloctel - 6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes.

Fait à :
Le :
Signature :

L'assistance est assurée par INTER PARTNER ASSISTANCE, Société Anonyme de droit belge au capital de 180 702 613 €, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 7 Boulevard du Régent 1000 Bruxelles – Bruxelles Capitale – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500, IDU N°FR322155_01UWGT et située 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff.

MANDAT DE RÉSILIATION DE VOTRE MUTUELLE ACTUELLE

Le dispositif de résiliation infra-annuelle n'est applicable que dans le cas où vous êtes assuré depuis plus d'un an chez votre assureur actuel.

Dans le cas contraire, vous avez la possibilité :

- D'attendre la date d'échéance annuelle de votre contrat, en respectant un délai de préavis de 2 mois avant la fin effective de votre contrat, pour envoyer votre demande de résiliation;
- D'envoyer votre courrier de demande de résiliation dans les 15 jours suivant la réception de votre avis d'échéance annuel, en application de la Loi Chatel.

Je n'ai pas de mutuelle

J'ai une mutuelle, je résilie et m'engage à adresser à Ircem Mutuelle un certificat de radiation de mon ancienne mutuelle.

Je donne mandat à Ircem Mutuelle pour agir en mon nom et pour mon compte afin de résilier mon contrat de complémentaire santé actuel.

Nom de la mutuelle :

N° de contrat :

Attention, la date de dénonciation de votre contrat prend effet au plus tôt un mois après la date de réception de la notification de résiliation infra-annuelle par votre assureur. Aussi, la date d'adhésion souhaitée à votre nouveau contrat doit être située au minimum 1 mois et 2 jours après la date d'envoi de votre courrier de résiliation.

Exemple : si la notification de résiliation est envoyée le 12 décembre, veuillez indiquer une date de résiliation postérieure au 14 janvier (1 mois plus 2 jours d'acheminement postal).

Pour être accompagné(e) dans le cadre d'une demande de résiliation de votre complémentaire santé actuelle nous vous recommandons de joindre un conseiller Ircem Mutuelle en composant le **0 980 980 390** (appel non surtaxé).

A

Signature du membre participant (assuré)

Le



DOCUMENTS À NOUS RETOURNER

- Bulletin d'adhésion, le mandat de prélèvement, la fiche d'information précontractuelle dûment complétés et signés
- Un RIB (relevé d'identité bancaire)
- Une copie de l'attestation d'assuré(e) social(e) et celle de vos bénéficiaires (téléchargeables sur ameli.fr)
- Une copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité
- Pour les enfants (ou petits-enfants) de plus de 18 ans, un certificat de scolarité

L'ensemble de ces documents sont à nous envoyer :

- soit par e-mail à l'adresse suivante : servicecommercial@ircem.org
- soit par courrier à l'adresse suivante : Ircem Mutuelle - Libre Réponse 88709 - 59069 Roubaix Cedex 1

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA PRÉLÈVEMENT RÉCURRENT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Ircem Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Ircem Mutuelle. Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

CADRE RÉSERVE À L'IRCEM

ORGANISME CRÉANCIER :

IRCEM - USP
34, rue des Moulins - CS 40003 - 51715 Reims Cedex

Identifiant Créancier SEPA : **FR03ZZZ463713**

Référence unique du mandat¹ :

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom	Prénom
Adresse	
Complément d'adresse	
Code Postal	Ville

N° DE COMPTE BANCAIRE

IBAN :	BIC :
--------	-------

A _____
Le _____

Signature du membre participant (assuré)



TRÈS IMPORTANT

Complétez intégralement sans rature ce mandat de prélèvement et signez-le. Joignez-y obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire.

¹ La référence unique du mandat (RUM) sera communiquée ultérieurement dans le relevé bancaire du titulaire du compte à débiter.

TABLEAU DE GARANTIES

% Les pourcentages intègrent les remboursements de votre Assurance Maladie Obligatoire et ceux de l'Ircem Mutuelle.

€ OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

Taux de
remboursement
Sécurité sociale
au 01/09/2024

ESSENTIEL
TRANQUILLITÉ
PREMIUM

Remboursement Sécurité sociale + Mutuelle au 01/09/2024

SOINS COURANTS
Honoraires médicaux

Consultations de médecins généralistes adhérents OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%	150%	180%
Consultations de médecins généralistes non adhérents OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%	130%	160%
Consultations de médecins spécialistes adhérents OPTAM / OPTAM-CO	70%	130%	170%	200%
Consultations de médecins spécialistes non adhérents OPTAM / OPTAM-CO	70%	110%	150%	180%
Actes de spécialité et imagerie médicale pratiqués par un médecin adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%	130%	160%
Actes de spécialité et imagerie médicale pratiqués par un médecin non adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%	110%	140%

Honoraires paramédicaux

Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes)	60%	100%	100%	130%
--	-----	------	------	------

Analyses et examens de laboratoire

	60% à 100%	100%	110%	130%
--	------------	------	------	------

Médicaments

Médicaments à service médical rendu important	65%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu modéré	30%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu faible	15%	100%	100%	100%
Forfait pour les médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale ¹	-	0 €	30 € / an	50 € / an

Matériel médical²

Petit appareillage pris en charge par la Sécurité sociale	60%	100%	100%	100%
Grand appareillage pris en charge par la Sécurité sociale	60% à 100%	100%	110%	125%
Prothèses liées à la chimiothérapie : capillaires et mammaires sur prescription médicale	60% à 100%	125%	125%	150%
Forfait complémentaire	-	0 €	400 € / an	600 € / an

Consultation chez un gynécologue (secteur 2) non adhérent OPTAM / OPTAM-CO : 67 €
 (hors participation forfaitaire imposée par la Sécurité sociale et qui ne peut être prise en charge par les mutuelles)

FORMULE ESSENTIEL

14,10 € Remboursement Sécurité sociale
 9,20 € Remboursement
 43,70 € Votre reste à charge

FORMULE TRANQUILLITÉ

14,10 € Remboursement Sécurité sociale
 18,40 € Remboursement
 34,50 € Votre reste à charge

FORMULE PREMIUM

14,10 € Remboursement Sécurité sociale
 25,30 € Remboursement
 27,60 € Votre reste à charge

Base de remboursement de la Sécurité sociale : 23 €

HOSPITALISATION³
Honoraires

Honoraires médicaux et chirurgicaux de médecins adhérents OPTAM / OPTAM-CO	80%	130%	150%	180%
Honoraires médicaux et chirurgicaux de médecins non adhérents OPTAM / OPTAM-CO	80%	110%	130%	160%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	80%	100%	125%	150%
Chambre particulière (y compris maternité)	-	0 €	50 € / jour	70 € / jour
Frais d'accompagnement (hébergement, repas et transport)	-	0 €	20 € / jour limite à 15 jours / an	30 € / jour limite à 15 jours / an
Soins externes adhérents OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%	130%	160%
Soins externes non adhérents OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%	110%	140%
Transport	55%	100%	125%	150%

DENTAIRE

Soins et prothèses 100% santé⁴



60%

Frais réels

Frais réels

Frais réels

Soins et prothèses à tarifs libres ou maîtrisés

Tarifs négociés dans le réseau **itelis**

	60%	100%	100%	125%
Soins dentaires	60%	100%	100%	125%
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale, à tarifs maîtrisés ⁵	60%	100%	200%	300%
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale, à tarifs libres	60%	100%	200%	300%
Inlay Onlay, à tarifs maîtrisés ⁵	60%	100%	100%	125%
Inlay Onlay, à tarifs libres	60%	100%	100%	125%

Soins et prothèses non remboursés par la Sécurité sociale

Prothèses dentaires refusées par la Sécurité sociale (piliers de bridge sur dent saine, élément supplémentaire de bridge, prothèses fixes unitaires sur dent saine)	-	0 €	150 € / an	250 € / an
Forfait global : Implantologie et Parodontologie	-	0 €	150 € / an	300 € / an

Orthodontie

Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale par semestre	60% à 100%	100%	200%	300%
---	------------	------	------	------

100 % SANTÉ
0€ de reste à charge

Couronne céramométallique sur pré-molaire : 557 € [Hors 100% SANTÉ]

FORMULE ESSENTIEL

72 € Remboursement Sécurité sociale
48 € Remboursement
437 € Votre reste à charge

FORMULE TRANQUILLITÉ

72 € Remboursement Sécurité sociale
168 € Remboursement
317 € Votre reste à charge

FORMULE PREMIUM

72 € Remboursement Sécurité sociale
288 € Remboursement
197 € Votre reste à charge

Base de remboursement de la Sécurité sociale : 120 €

OPTIQUE⁶

Équipement 100% Santé, verres et montures de classe A, selon la réglementation⁷



60%

Frais réels

Frais réels

Frais réels

Équipement à tarifs libres - Classe B

Tarifs négociés dans le réseau **itelis**

	60%	100%	100 €	100 €
Monture	60%	0 €	100 €	100 €
Verres simples	60%	100%	75 € / verre	125 € / verre
Verres complexes	60%	100%	125 € / verre	175 € / verre
Verres très complexes	60%	100%	200 € / verre	250 € / verre
Autres prestations sur verres et montures : filtres, prismes et adaptation de la prescription médicale ⁸	60%	100%	100%	100%
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	60%	100%	100%	100%
Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale	-	0 €	75 € / an	150 € / an

100 % SANTÉ
0€ de reste à charge

Équipement optique de Classe B (monture + verres unifocaux) : 366 € [Hors 100% SANTÉ]

FORMULE ESSENTIEL

0,09 € Remboursement Sécurité sociale
0,06 € Remboursement
365,85 € Votre reste à charge

FORMULE TRANQUILLITÉ

0,09 € Remboursement Sécurité sociale
250 € Remboursement
115,91 € Votre reste à charge

FORMULE PREMIUM

0,09 € Remboursement Sécurité sociale
319,94 € Remboursement
45,97 € Votre reste à charge

Base de remboursement de la Sécurité sociale : 0,05 € pour la monture et 0,05 € par verre

AIDES AUDITIVES⁹

Équipement 100% Santé - Classe I¹⁰



60%

Frais réels

Frais réels

Frais réels

Équipement à tarifs libres - Classe II¹¹

Tarifs négociés dans le réseau **itelis**

	60%	100%	100%	100%
Aide auditive	60%	100%	100%	100%
Forfait	-	0 €	200 € / oreille	300 € / oreille
Accessoires, piles, réparations	60%	100%	100%	100%

PRÉVENTION ET ACCOMPAGNEMENT

Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue conventionné et prises en charge par la Sécurité sociale	60%	100%	100%	100%
Consultations non remboursées : ostéopathe, diététicien, pédicure, podologue, psychologue - 5 séances maximum par année civile ¹²	-	0 €	20 € / séance	30 € / séance
Prestations de prévention prises en charge par la Sécurité sociale	60% à 70%	100%	100%	100%
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale (dont vaccin anti-grippe)	-	10 € / an	25 € / an	50 € / an
Bilan postural	-	60 € / an	100 € / an	100 € / an

Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré et par année civile. Ils viennent en complément des remboursements de votre Assurance Maladie Obligatoire, sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre. Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas. Les conditions des garanties sont explicitées dans le Règlement mutualiste.

¹ Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, médicalement prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), dans la limite d'un forfait par année civile et par bénéficiaire. ² Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale, non pris en charge au titre des postes prothèses dentaires, auditives et optiques.

³ Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge. L'indemnisation : • des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, • des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà des 30 jours, la garantie est limitée au Ticket modérateur. Cette limitation à 30 jours ne s'applique pas au forfait journalier. Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation.

⁴ Frais réels pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie. ⁵ Remboursement dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation. ⁶ Forfaits limités à l'achat d'un équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans. Les conditions d'utilisation des forfaits optiques sont détaillées dans le règlement mutualiste. A l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée 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. ⁷ Frais réels pour les équipements de Classe A, les prestations (adaptation et appareillage) et suppléments pour les verres avec filtre de classe A, dans la limite des prix de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité. ⁸ Après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique. ⁹ Une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil. ¹⁰ Frais réels dans la limite des prix de vente des aides auditives de classe I (panier dit 100% santé) fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale. ¹¹ Le montant par aide auditive est plafonné à 1700 €. ¹² Nous prenons en charge les actes sous réserve que le praticien soit un professionnel de santé inscrit à l'un des répertoires suivants : ADELI ou RPPS. Ce professionnel doit donc être un médecin, un ostéopathe ou un auxiliaire médical au sens du Livre III de la 4^e partie du Code de la santé publique (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.), un ostéopathe ou un psychologue. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n°ADELI ou le n°RPPS du praticien sera demandé.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE

FORMULE ESSENTIEL (1/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement		Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Essentiel	
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC) ⁵	Non remboursé	Non remboursé	0 €	
Séjours actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR moins 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 835,60 €	835,60 €	811,60 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 434 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	80,79 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 473 €	271,70 €	271,70 €	27,17 €	174,13 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80% BR	20% BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 541 €	3 541 €	2 832,80 €	708,20 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR moins 2 €	30% BR	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30 €	30 €	19 €	9 €	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 ans à moins de 6 ans	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	37 €	37 €	23,90 €	11,10 €	2 € de participation forfaitaire

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE FORMULE ESSENTIEL (2/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement		Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Essentiel	
Honoraires médecins Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR moins 2 €	30% BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	50 €	35 €	24,50 €	21 €	4,50 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54 €	37 €	23,90 €	22,20 €	7,90 €
Honoraires médecins secteur 2 (Non-adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR moins 2 €	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 ans à 16 ans	62 €	23 €	16,10 €	9,20 €	36,70 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	67 €	23 €	14,10 €	9,20 €	43,70 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,78 €
 DENTAIRE					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557 €	120 €	72 €	48 €	437 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	707 €	193,50 €	193,50 €	0 €	513,50 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE FORMULE ESSENTIEL (3/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement		Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Essentiel	
👁️ OPTIQUE					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
Ex : Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € (par verre) + 9 € (monture)	7,65 € (par verre) + 5,40 € (monture)	34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € (par verre) + 9 € (monture)	16,20 € (par verre) + 5,40 € (monture)	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples + monture	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	0,02 € (par verre) + 0,02 € (monture)	109,95 € (par verre) + 145,95 € (monture)
Ex : verres progressifs + monture	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	0,02 € (par verre) + 0,02 € (monture)	242,95 € (par verre) + 145,95 € (monture)
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)		
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	NC	NC
👂 AIDES AUDITIVES					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582 €	400 €	240 €	160 €	1 182 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE

FORMULE TRANQUILLITÉ (1/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement		Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Tranquillité	
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC) ⁵	Non remboursé	Non remboursé	50 € par jour	
Séjours actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR moins 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 835,60 €	835,60 €	811,60 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 434 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	26,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 473 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	119,79 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80% BR	20% BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 541 €	3 541 €	2 832,80 €	708,20 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR moins 2 €	30% BR	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30 €	30 €	19 €	9 €	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 ans à moins de 6 ans	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	37 €	37 €	23,90 €	11,10 €	2 € de participation forfaitaire

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE

FORMULE TRANQUILLITÉ (2/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement		Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Tranquillité	
Honoraires médecins Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR moins 2 €	30% BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	50 €	35 €	24,50 €	25,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54 €	37 €	23,90 €	28,10 €	2 €
Honoraires médecins secteur 2 (Non-adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR moins 2 €	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 ans à 16 ans	62 €	23 €	16,10 €	18,40 €	27,50 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	67 €	23 €	14,10 €	18,40 €	34,50 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,78 €
 DENTAIRE					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557 €	120 €	72 €	168 €	317 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	707 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	320 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE

FORMULE TRANQUILLITÉ (3/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement		Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Tranquillité	
👁️ OPTIQUE					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
Ex : Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € (par verre) + 9 € (monture)	7,65 € (par verre) + 5,40 € (monture)	34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € (par verre) + 9 € (monture)	16,20 € (par verre) + 5,40 € (monture)	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	Dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples + monture	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	75 € (par verre) + 100 € (monture)	34,97 € (par verre) + 45,97 € (monture)
Ex : verres progressifs + monture	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	125 € (par verre) + 100 € (monture)	117,97 € (par verre) + 45,97 € (monture)
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	75 €	
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	NC	NC
👂 AIDES AUDITIVES					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582 €	400 €	240 €	360 €	982 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE

FORMULE PREMIUM (1/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement		Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Premium	
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC) ⁵	Non remboursé	Non remboursé	70 € par jour	NC
Séjours actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR moins 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 835,60 €	835,60 €	811,60 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 434 €	271,70 €	271,70 €	162,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 473 €	271,70 €	271,70 €	163,02 €	38,28 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80% BR	20% BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 541 €	3 541 €	2 832,80 €	708,20 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR moins 2 €	30% BR	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30 €	30 €	19 €	9 €	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 ans à moins de 6 ans	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	37 €	37 €	23,90 €	11,10 €	2 € de participation forfaitaire

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE FORMULE PREMIUM (2/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement		Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Premium	
Honoraires médecins Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR moins 2 €	30% BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	50 €	35 €	24,50 €	25,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54 €	37 €	23,90 €	28,10 €	2 €
Honoraires médecins secteur 2 (Non-adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR moins 2 €	30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 ans à 16 ans	62 €	23 €	16,10 €	25,30 €	20,60 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	67 €	23 €	14,10 €	25,30 €	27,60 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,78 €
 DENTAIRE					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557 €	120 €	72 €	288 €	197 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	707 €	193,50 €	193,50 €	387 €	126,50 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE FORMULE PREMIUM (3/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement		Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Premium	
👁️ OPTIQUE					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
Ex : Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € (par verre) + 9 € (monture)	7,65 € (par verre) + 5,40 € (monture)	34,85 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € (par verre) + 9 € (monture)	16,20 € (par verre) + 5,40 € (monture)	73,80 € (par verre) + 24,60 € (monture)	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	Dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples + monture	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	109,97 € (par verre) + 100 € (monture)	0 € (par verre) + 45,97 € (monture)
Ex : verres progressifs + monture	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	175 € (par verre) + 100 € (monture)	67,97 € (par verre) + 45,97 € (monture)
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	150 €	NC
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	NC	NC
👂 AIDES AUDITIVES					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582 €	400 €	240 €	460 €	882 €

¹ : Les exemples de remboursement sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

² : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

³ : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

⁴ : Prix Limite de Vente.

Ce document présente des exemples de remboursement en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation, mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

TABLEAU DE GARANTIES
**GARANTIE SANTÉ
ALSACE-MOSELLE**

% Les pourcentages intègrent les remboursements de votre Assurance Maladie Obligatoire et ceux de l'Ircem Mutuelle.

€ OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

Taux de
remboursement
Sécurité sociale
au 01/09/2024

Taux de
remboursement
Alsace-Moselle
au 01/09/2024

ESSENTIEL
TRANQUILLITÉ
PREMIUM

 Remboursement Sécurité sociale
+ Mutuelle au 01/09/2024

SOINS COURANTS
Honoraires médicaux

Consultations de médecins généralistes adhérents OPTAM / OPTAM-CO	70%	20%	100%	150%	180%
Consultations de médecins généralistes non adhérents OPTAM / OPTAM-CO	70%	20%	100%	130%	160%
Consultations de médecins spécialistes adhérents OPTAM / OPTAM-CO	70%	20%	130%	170%	200%
Consultations de médecins spécialistes non adhérents OPTAM / OPTAM-CO	70%	20%	110%	150%	180%
Actes de spécialité et imagerie médicale pratiqués par un médecin adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	20%	100%	130%	160%
Actes de spécialité et imagerie médicale pratiqués par un médecin non adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	20%	100%	110%	140%

Honoraires paramédicaux

Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes)	60%	30%	100%	100%	130%
--	-----	-----	------	------	------

Analyses et examens de laboratoire

	60% à 100%	20% à 30%	100%	110%	130%
--	------------	-----------	------	------	------

Médicaments

Médicaments à service médical rendu important	65%	25%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu modéré	30%	50%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu faible	15%	0%	100%	100%	100%
Forfait pour les médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale ¹	-	-	0 €	30 € / an	50 € / an

Matériel médical²

Petit appareillage pris en charge par la Sécurité sociale	60%	30%	100%	100%	100%
Grand appareillage pris en charge par la Sécurité sociale	60% à 100%	-	100%	110%	125%
Prothèses liées à la chimiothérapie : capillaires et mammaires sur prescription médicale	60% à 100%	-	125%	125%	150%
Forfait complémentaire	-	-	0 €	400 € / an	600 € / an

Consultation chez un gynécologue (secteur 2) non adhérent OPTAM / OPTAM-CO : 67 €
(hors participation forfaitaire imposée par la Sécurité sociale et qui ne peut être prise en charge par les mutuelles)

FORMULE ESSENTIEL

18,70 € Remboursement
Sécurité sociale + Alsace-Moselle
4,60 € Remboursement
43,70 € Votre reste à charge

FORMULE TRANQUILLITÉ

18,70 € Remboursement
Sécurité sociale + Alsace-Moselle
13,80 € Remboursement
34,50 € Votre reste à charge

FORMULE PREMIUM

18,70 € Remboursement
Sécurité sociale + Alsace-Moselle
20,70 € Remboursement
27,60 € Votre reste à charge

Base de remboursement de la Sécurité sociale : 23 €

HOSPITALISATION³
Honoraires

Honoraires médicaux et chirurgicaux de médecins adhérents OPTAM / OPTAM-CO	80%	20%	130%	150%	180%
Honoraires médicaux et chirurgicaux de médecins non adhérents OPTAM / OPTAM-CO	80%	20%	110%	130%	160%
Forfait journalier hospitalier	-	20€ (15€ en service psychiatrique)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	80%	20%	100%	125%	150%
Chambre particulière (y compris maternité)	-	-	0 €	50 € / jour	70 € / jour
Frais d'accompagnement (hébergement, repas et transport)	-	-	0 €	20 € / jour limite à 15 jours / an	30 € / jour limite à 15 jours / an
Soins externes adhérents OPTAM / OPTAM-CO	70%	-	100%	130%	160%
Soins externes non adhérents OPTAM / OPTAM-CO	70%	-	100%	110%	140%
Transport	55%	45%	100%	125%	150%

DENTAIRE

Soins et prothèses 100% santé⁴		60%	30%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
--	---	-----	-----	-------------	-------------	-------------

Soins et prothèses à tarifs libres ou maîtrisés	Tarifs négociés dans le réseau itelis				
Soins dentaires	60%	30%	100%	100%	125%
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale, à tarifs maîtrisés ⁵	60%	30%	100%	200%	300%
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale, à tarifs libres	60%	30%	100%	200%	300%
Inlay Onlay, à tarifs maîtrisés ⁵	60%	30%	100%	100%	125%
Inlay Onlay, à tarifs libres	60%	30%	100%	100%	125%

Soins et prothèses non remboursés par la Sécurité sociale					
Prothèses dentaires refusées par la Sécurité sociale (piliers de bridge sur dent saine, élément supplémentaire de bridge, prothèses fixes unitaires sur dent saine)	-	-	0 €	150 € / an	250 € / an
Forfait global : Implantologie et Parodontologie	-	-	0 €	150 € / an	300 € / an

Orthodontie					
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale par semestre	60% à 100%	-	100%	200%	300%

100% SANTÉ
0€ de reste à charge

Couronne céramométallique sur pré-molaire : 557 € [Hors 100% SANTÉ]

FORMULE ESSENTIEL	FORMULE TRANQUILLITÉ	FORMULE PREMIUM
108 € Remboursement Sécurité sociale + Alsace-Moselle 12 € Remboursement 437 € Votre reste à charge	108 € Remboursement Sécurité sociale + Alsace-Moselle 132 € Remboursement 317 € Votre reste à charge	108 € Remboursement Sécurité sociale + Alsace-Moselle 252 € Remboursement 197 € Votre reste à charge

Base de remboursement de la Sécurité sociale : 120 €

OPTIQUE⁶

Équipement 100% Santé, verres et montures de classe A, selon la réglementation⁷		60%	30%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
---	---	-----	-----	-------------	-------------	-------------

Équipement à tarifs libres - Classe B	Tarifs négociés dans le réseau itelis				
Monture	60%	30%	0 €	100 €	100 €
Verres simples	60%	30%	100%	75 € / verre	125 € / verre
Verres complexes	60%	30%	100%	125 € / verre	175 € / verre
Verres très complexes	60%	30%	100%	200 € / verre	250 € / verre
Autres prestations sur verres et montures : filtres, prismes et adaptation de la prescription médicale ⁸	60%	30%	100%	100%	100%
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	60%	30%	100%	100%	100%
Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale	-	-	0 €	75 € / an	150 € / an

100% SANTÉ
0€ de reste à charge

Équipement optique de Classe B (monture + verres unifocaux) : 366 € [Hors 100% SANTÉ]

FORMULE ESSENTIEL	FORMULE TRANQUILLITÉ	FORMULE PREMIUM
0,135 € Remboursement Sécurité sociale + Alsace-Moselle 0,015 € Remboursement 365,85 € Votre reste à charge	0,135 € Remboursement Sécurité sociale + Alsace-Moselle 250 € Remboursement 115,85 € Votre reste à charge	0,135 € Remboursement Sécurité sociale + Alsace-Moselle 319,92 € Remboursement 45,95 € Votre reste à charge

Base de remboursement de la Sécurité sociale : 0,05 € pour la monture et 0,05 € par verre

AIDES AUDITIVES⁹

Équipement 100% Santé - Classe I¹⁰		60%	30%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
--	---	-----	-----	-------------	-------------	-------------

Équipement à tarifs libres - Classe II¹¹	Tarifs négociés dans le réseau itelis				
Aide auditive	60%	30%	100%	100%	100%
Forfait	-	-	0 €	200 € / oreille	300 € / oreille
Accessoires, piles, réparations	60%	30%	100%	100%	100%

Taux de
remboursement
Sécurité sociale
au 01/09/2024

Taux de
remboursement
Sécurité sociale
Alsace-Moselle
au 01/09/2024

ESSENTIEL TRANQUILLITÉ PREMIUM

Remboursement Sécurité sociale
+ Mutuelle au 01/09/2024

PRÉVENTION ET ACCOMPAGNEMENT

Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue conventionné et prises en charge par la Sécurité sociale	60%	30%	100%	100%	100%
Consultations non remboursées : ostéopathe, diététicien, pédicure, podologue, psychologue - 5 séances maximum par année civile ¹²	-	-	0 €	20 € / séance	30 € / séance
Prestations de prévention prises en charge par la Sécurité sociale	60% à 70%	NC	100%	100%	100%
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale (dont vaccin anti-grippe)	-	-	10 € / an	25 € / an	50 € / an
Bilan postural	-	-	60 € / an	100 € / an	100 € / an

Les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré et par année civile. Ils viennent en complément des remboursements de votre Assurance Maladie Obligatoire, sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre. Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas. Les conditions des garanties sont explicitées dans le Règlement mutualiste.

¹ Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, médicalement prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), dans la limite d'un forfait par année civile et par bénéficiaire. ² Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale, non pris en charge au titre des postes prothèses dentaires, auditives et optiques.

³ Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge. L'indemnisation : • des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, • des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà des 30 jours, la garantie est limitée au Ticket modérateur. Cette limitation à 30 jours ne s'applique pas au forfait journalier. Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation.

⁴ Frais réels pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie. ⁵ Remboursement dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation. ⁶ Forfaits limités à l'achat d'un équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans. Les conditions d'utilisation des forfaits optiques sont détaillées dans le règlement mutualiste. A l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée 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. ⁷ Frais réels pour les équipements de Classe A, les prestations (adaptation et appairage) et suppléments pour les verres avec filtre de classe A, dans la limite des prix de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité. ⁸ Après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique. ⁹ Une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil. ¹⁰ Frais réels dans la limite des prix de vente des aides auditives de classe I (panier dit 100% santé) fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale. ¹¹ Le montant par aide auditive est plafonné à 1700 €. ¹² Nous prenons en charge les actes sous réserve que le praticien soit un professionnel de santé inscrit à l'un des répertoires suivants : ADELI ou RPPS. Ce professionnel doit donc être un médecin, un ostéopathe ou un auxiliaire médical au sens du Livre III de la 4^e partie du Code de la santé publique (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, etc.), un ostéopathe ou un psychologue. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n°ADELI ou le n°RPPS du praticien sera demandé.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE

FORMULE ESSENTIEL (1/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement			Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Régime local d'Alsace-Moselle	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Essentiel	
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC) ⁵	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	0 €	
Séjours actes lourds						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé						
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR moins 24 €	24 €	0 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 835,60 €	835,60 €	811,60 €	24 €	0 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	0 €	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 434 €	271,70 €	271,70 €	0 €	81,51 €	80,79 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	0 €	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 473 €	271,70 €	271,70 €	0 €	27,17 €	174,13 €
Séjours sans acte lourd						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public						
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80% BR	20% BR	0 €	0 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 541 €	3 541 €	2 832,80 €	708,20 €	0 €	0 €
SOINS COURANTS						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR moins 2 €	20% BR	10% BR	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30 €	30 €	19 €	6 €	3 €	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 ans à moins de 6 ans	35 €	35 €	24,50 €	7 €	3,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	37 €	37 €	23,90 €	7,40 €	3,70 €	2 € de participation forfaitaire

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE

FORMULE ESSENTIEL (2/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement			Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Régime local d'Alsace-Moselle	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Essentiel	
Honoraires médecins Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR moins 2 €	20 % BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	50 €	35 €	24,50 €	7 €	14 €	4,50 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54 €	37 €	23,90 €	7,40 €	14,80 €	7,90 €
Honoraires médecins secteur 2 (Non-adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR moins 2 €	20 % BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 ans à 16 ans	62 €	23 €	16,10 €	4,60 €	4,60 €	36,70 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	67 €	23 €	14,10 €	4,60 €	4,60 €	43,70 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	30 % BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	7,32 €	2,44 €	1,78 €
 DENTAIRE						
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	36 €	392 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	13,01 €	4,34 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557 €	120 €	72 €	36 €	12 €	437 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	0 €	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	707 €	193,50 €	193,50 €	0 €	0 €	513,50 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE

FORMULE ESSENTIEL (3/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement			Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Régime local d'Alsace-Moselle	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Essentiel	
👁️ OPTIQUE						
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
Ex : Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € (par verre) + 9 € (monture)	7,65 € (par verre) + 5,40 € (monture)	3,83 € (par verre) + 2,70 € (monture)	31,02 € (par verre) + 21,90 € (monture)	0 €
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € (par verre) + 9 € (monture)	16,20 € (par verre) + 5,40 € (monture)	8,10 € (par verre) + 2,70 € (monture)	65,70 € (par verre) + 21,90 € (monture)	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples + monture	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	0,015 € (par verre) + 0,015 € (monture)	0,005 € (par verre) + 0,005 € (monture)	109,95 € (par verre) + 145,95 € (monture)
Ex : verres progressifs + monture	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	0,015 € (par verre) + 0,015 € (monture)	0,005 € (par verre) + 0,005 € (monture)	242,95 € (par verre) + 145,95 € (monture)
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)		
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	NC	NC
👂 AIDES AUDITIVES						
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	120 €	590 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582 €	400 €	240 €	120 €	40 €	1 182 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE

FORMULE TRANQUILLITÉ (1/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement			Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Régime local d'Alsace-Moselle	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Tranquillité	
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC) ⁵	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	50 € par jour	
Séjours actes lourds						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé						
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR moins 24 €	24 €	0 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 835,60 €	835,60 €	811,60 €	24 €	0 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	0 €	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 434 €	271,70 €	271,70 €	0 €	135,85 €	26,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	0 €	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 473 €	271,70 €	271,70 €	0 €	81,51 €	119,79 €
Séjours sans acte lourd						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public						
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80% BR	20% BR	0 €	0 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 541 €	3 541 €	2 832,80 €	708,20 €	0 €	0 €
SOINS COURANTS						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR moins 2 €	20% BR	10% BR	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30 €	30 €	19 €	6 €	3 €	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 ans à moins de 6 ans	35 €	35 €	24,50 €	7 €	3,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	37 €	37 €	23,90 €	7,40 €	3,70 €	2 € de participation forfaitaire

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE FORMULE TRANQUILLITÉ (2/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement			Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Régime local d'Alsace-Moselle	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Tranquillité	
Honoraires médecins Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR moins 2 €	20 % BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	50 €	35 €	24,50 €	7 €	18,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54 €	37 €	23,90 €	7,40 €	20,70 €	2 €
Honoraires médecins secteur 2 (Non-adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR moins 2 €	20 % BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 ans à 16 ans	62 €	23 €	16,10 €	4,60 €	13,80 €	27,50 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	67 €	23 €	14,10 €	4,60 €	13,80 €	34,50 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	30 % BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	7,32 €	2,44 €	1,78 €
 DENTAIRE						
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	36 €	392 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	13,01 €	4,34 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557 €	120 €	72 €	36 €	132 €	317 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	0 €	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	707 €	193,50 €	193,50 €	0 €	193,50 €	320 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE FORMULE TRANQUILLITÉ (3/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement			Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Régime local d'Alsace-Moselle	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Tranquillité	
👁️ OPTIQUE						
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
Ex : Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € (par verre) + 9 € (monture)	7,65 € (par verre) + 5,40 € (monture)	3,83 € (par verre) + 2,70 € (monture)	31,02 € (par verre) + 21,90 € (monture)	0 €
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € (par verre) + 9 € (monture)	16,20 € (par verre) + 5,40 € (monture)	8,10 € (par verre) + 2,70 € (monture)	65,70 € (par verre) + 21,90 € (monture)	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	30% BR	Dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples + monture	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	0,015 € (par verre) + 0,015 € (monture)	75 € (par verre) + 100 € (monture)	34,95 € (par verre) + 45,95 € (monture)
Ex : verres progressifs + monture	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	0,015 € (par verre) + 0,015 € (monture)	125 € (par verre) + 100 € (monture)	117,95 € (par verre) + 45,95 € (monture)
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	75 €	
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	NC	NC
👂 AIDES AUDITIVES						
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	120 €	590 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582 €	400 €	240 €	120 €	240 €	982 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE

FORMULE PREMIUM (1/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement			Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Régime local d'Alsace-Moselle	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Premium	
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC) ⁵	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	70 € par jour	
Séjours actes lourds						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé						
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR moins 24 €	24 €	0 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 835,60 €	835,60 €	811,60 €	24 €	0 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	0 €	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 434 €	271,70 €	271,70 €	0 €	162,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	0 €	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 473 €	271,70 €	271,70 €	0 €	163,02 €	38,28 €
Séjours sans acte lourd						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public						
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80% BR	20% BR	0 €	0 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 541 €	3 541 €	2 832,80 €	708,20 €	0 €	0 €
SOINS COURANTS						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR moins 2 €	20% BR	10% BR	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30 €	30 €	19 €	6 €	3 €	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 ans à moins de 6 ans	35 €	35 €	24,50 €	7 €	3,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	37 €	37 €	23,90 €	7,40 €	3,70 €	2 € de participation forfaitaire

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE

FORMULE PREMIUM (2/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement			Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Régime local d'Alsace-Moselle	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Premium	
Honoraires médecins Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR moins 2 €	20 % BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	50 €	35 €	24,50 €	7 €	18,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54 €	37 €	23,90 €	7,40 €	20,70 €	2 €
Honoraires médecins secteur 2 (Non-adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR moins 2 €	20 % BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 ans à 16 ans	62 €	23 €	16,10 €	4,60 €	20,70 €	20,60 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	67 €	23 €	14,10 €	4,60 €	20,70 €	27,60 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	30 % BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	7,32 €	2,44 €	1,78 €
 DENTAIRE						
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	36 €	392 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	13,01 €	4,34 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557 €	120 €	72 €	36 €	252 €	197 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	0 €	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	707 €	193,50 €	193,50 €	0 €	387 €	126,50 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ ET DE RESTE À CHARGE FORMULE PREMIUM (3/3) - ANNÉE 2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement			Reste à charge
			Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Régime local d'Alsace-Moselle	Ircem Mutuelle Garantie Santé Formule Premium	
👁️ OPTIQUE						
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
Ex : Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € (par verre) + 9 € (monture)	7,65 € (par verre) + 5,40 € (monture)	3,83 € (par verre) + 2,70 € (monture)	31,02 € (par verre) + 21,90 € (monture)	0 €
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € (par verre) + 9 € (monture)	16,20 € (par verre) + 5,40 € (monture)	8,10 € (par verre) + 2,70 € (monture)	65,70 € (par verre) + 21,90 € (monture)	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	30% BR	Dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples + monture	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	0,015 € (par verre) + 0,015 € (monture)	109,96 € (par verre) + 100 € (monture)	0 € (par verre) + 45,95 € (monture)
Ex : verres progressifs + monture	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture)	0,015 € (par verre) + 0,015 € (monture)	175 € (par verre) + 100 € (monture)	67,95 € (par verre) + 45,95 € (monture)
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	150 €	
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	NC	NC
👂 AIDES AUDITIVES						
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	120 €	590 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	30% BR	10% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582 €	400 €	240 €	120 €	340 €	882 €

¹ : Les exemples de remboursement sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

² : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

³ : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

⁴ : Prix Limite de Vente.

Ce document présente des exemples de remboursement en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation, mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le présent Règlement est subordonné aux statuts de l'Ircem Mutuelle. Votre contrat d'assurance "GARANTIE SANTE" est un contrat individuel d'assurance relevant des branches [1/2] Accidents/Maladies. Il se compose de plusieurs documents :

- Le Règlement mutualiste (le présent document),
- La Fiche de conseil en assurance,
- Le Document d'information sur le produit d'assurance,
- Le Tableau de garanties, qui récapitule les remboursements du contrat, selon la formule choisie,
- La Demande d'adhésion, qui matérialise votre souhait d'adhérer à la garantie,
- Le Certificat d'adhésion, qui précise les garanties choisies et confirme votre choix de souscrire à l'assurance.

1. DÉFINITIONS

Accident : Effet soudain, violent et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique du membre participant une atteinte ou une lésion corporelle.

Age de l'assuré : L'âge d'un assuré est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et son année de naissance.

Assurance Maladie Obligatoire (AMO) : Régime obligatoire couvrant tout ou partie des frais de santé liés à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Ex. : régime général de la Sécurité sociale, régime local d'Alsace-Moselle.

Assuré(s) : Personne(s) garantie(s) par le présent contrat, définie(s) au certificat d'adhésion et bénéficiaire(s) des prestations servies au titre du présent contrat.

Avenant : Modification du contrat et document matérialisant cette modification au contrat d'origine.

Base de Remboursement : Tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession,
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Contrat "responsable et solidaire" : contrat de complémentaire santé :

- dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

- encourageant le respect du parcours de soins coordonnés.

Votre contrat "Santé" est un contrat responsable et solidaire.

Les garanties et formules de remboursement suivront les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

Date d'effet : Date à partir de laquelle les garanties du contrat d'assurance entrent en vigueur.

Date de souscription : Date de signature du contrat.

Délai d'attente : Période pendant laquelle l'assureur ne prend pas en charge les soins pratiqués. Ce délai débute à partir de la date d'effet des garanties.

Echéance principale : Date de renouvellement du contrat et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

Forfait journalier hospitalier : Participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé.

Formule : Niveau de garantie choisi (Essentiel, Tranquillité, Premium).

Garantie : Engagement de l'organisme d'assurance maladie complémentaire à assurer la prise en charge totale ou partielle des frais de santé à un niveau prévu à l'avance par des documents contractuels.

Hospitalisation : Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un Accident ou d'une maternité.

L'Ircem Mutuelle : Assureur du présent Contrat, l'Ircem Mutuelle est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité dont le siège social se situe à Roubaix (59100), 261, avenue des Nations Unies et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 438 301 186.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et qui nécessite un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

Membre participant : Personne physique adhérente au présent contrat, désignée comme telle sur la demande d'adhésion ou sur le certificat d'adhésion et répondant aux conditions d'admission à l'assurance.

Prestation : Il s'agit des montants remboursés à un assuré par l'organisme d'assurance

maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Transport : Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche. L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

2. OBJET DE LA GARANTIE

Ces garanties permettent aux assurés, en complément des prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), d'obtenir le remboursement des frais de santé engagés à la suite d'une maladie, un Accident et/ou une maternité constatée médicalement et survenus postérieurement à la prise d'effet des garanties (sauf délai d'attente précisé ci-dessous).

Les remboursements varient suivant la formule choisie mentionnée au Certificat d'Adhésion (Essentiel, Tranquillité et Premium). L'ensemble des formules est décrit dans le Tableau de garanties joint aux documents contractuels.

3. LES FRAIS REMBOURSES

Dans les conditions et limites fixées au Tableau de garanties joint à la Demande d'adhésion et selon la formule choisie indiquée, les soins suivants sont couverts, sous réserve que ces actes soient **acceptés par votre Assurance Maladie Obligatoire (AMO)**.

Sont également pris en charges les soins **non pris en charge par votre Assurance Maladie Obligatoire**, lorsque la mention en est expressément faite dans le Tableau de garanties de la formule que vous avez choisie.

Soins courants :

- Les **honoraires médicaux** (consultations, actes de spécialité), remboursés par la Sécurité sociale,
- Les actes d'**imagerie médicale**,
- Les actes pratiqués par les **auxiliaires médicaux** inscrits au répertoire RPSS,
- Les **analyses et examens de laboratoire** prescrits,
- Les **médicaments** prescrits et remboursés par l'assurance maladie,
- Les **médicaments prescrits et non remboursés** par l'assurance maladie, dans la limite du forfait indiqué dans la formule choisie,
- Le **petit appareillage**,
- Le **grand appareillage**,
- Les **prothèses capillaires et mammaires** liées à la chimiothérapie.

Hospitalisation :

- Les **honoraires médicaux et chirurgicaux**,
- Le **forfait journalier hospitalier**, sans limite de durée,
- Les **frais de séjour**,
- La **chambre particulière** (y compris maternité), pour les formules Tranquillité et Premium, sans limite de durée,
- Les **frais d'accompagnement** (hébergement, repas et transport), pour les formules Tranquillité et Premium, dans la limite de 15 jours par an,
- Les **soins externes**,
- Les **frais de transport** du malade ou de l'accidenté.

Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

L'indemnisation est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire pour :

- les soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation,
- les frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale.

Au-delà des 30 jours, la garantie est limitée au Ticket modérateur. Cette limitation à 30 jours ne s'applique pas au forfait journalier.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le premier jour au titre de l'hospitalisation.

Dentaire :

- Les **soins et prothèses dentaires 100% santé**, à hauteur des frais réels pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie,
- Les **soins dentaires** à tarifs libres ou maîtrisés,
- Les **prothèses dentaires à tarifs libres ou maîtrisés**, acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO),
- Les soins **Inlay et Onlay à tarifs libres ou maîtrisés**, acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO),
- Les **prothèses dentaires refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)**, dans les conditions et limites du forfait défini dans la formule Tranquillité ou Premium,
- L'**implantologie et la Parodontologie**, dans la limite du forfait global défini dans la formule Tranquillité ou Premium,

- **L'orthodontie acceptée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).**

Optique :

- **Les frais d'optique 100% santé** à hauteur des frais réels pour les équipements de Classe A, dans la limite d'un renouvellement complet (monture + deux verres) tous les deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.
- **Les frais d'optique, hors 100% santé**, dans la limite d'un renouvellement complet (monture + deux verres) tous les deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.
- Le montant du forfait optique de votre contrat, précisé au Tableau de garanties, dépend du type de correction et de la formule choisie (Tranquillité ou Premium). Les périodes de ces forfaits s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique ou du premier élément de l'équipement optique hors cas d'évolution de dioptrie,
- Les prestations (adaptation et appareillage) et suppléments pour les verres avec filtre de classe A, dans la limite des prix de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L 165-1 du code de la Sécurité sociale,
- **Les lentilles prescrites et remboursées** par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO),
- **Les lentilles prescrites non remboursées** par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), dans la limite d'un forfait par année civile, et par bénéficiaire pour les formules Tranquillité et Premium.

Aides auditives :

- Les aides auditives sont limitées à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. Ces dispositions tiennent compte des quatre années antérieures. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil,
- **Les équipements 100% santé**, à hauteur des frais réels dans la limite des prix de vente des aides auditives de classe I fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale,
- **Les équipements auditifs à tarifs libres** et pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO),
- **Un forfait pour les aides auditives et par oreille** pour les formules Tranquillité et Premium,
- **Les accessoires, piles et réparations sur les aides auditives**, pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

Prévention et accompagnement :

- Les séances d'accompagnement réalisées par un **psychologue** conventionné et prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO),
- Les séances d'**ostéopathie, de diététique, de pédicurie/podologie, de psychologie**, dans la limite de 5 séances par année civile et dans la limite du forfait défini dans la formule Tranquillité ou Premium,
- **Les prestations de prévention** prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO),
- **Les vaccins non remboursés** par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), y compris le vaccin anti-grippe, dans la limite du forfait défini dans la formule Tranquillité ou Premium,
- **Un bilan postural** par an.

4. LIMITE DE REMBOURSEMENT ET EXCLUSIONS

Nos garanties sont en conformité avec les exigences posées par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la Sécurité sociale relatif aux « contrats responsables et solidaires » et les décrets pris pour son application, et s'inscrivent dans le respect du parcours de soins coordonnés.

Le contrat est conforme aux dispositions de la réforme du «100% santé», instituée par la Loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019. Nos garanties ne prennent pas en charge :

- la contribution forfaitaire prélevée par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les actes et consultations des médecins et sur les actes de biologie médicale ;
- les franchises applicables laissées à la charge de l'assuré (sommes déduites des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire) sur les médicaments, les actes paramédicaux (sauf effectués lors d'une hospitalisation) et sur les frais de transport sanitaires ;
- la baisse du remboursement de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins ou de refus du patient d'accorder l'accès à son dossier médical personnel ;
- la part forfaitaire du dépassement d'honoraires des spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant.

Les frais de santé assurés sont ceux engagés entre la date d'effet et la date de résiliation de l'adhésion. C'est la date des soins retenue par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) qui sert de référence. En dentaire, les frais de santé doivent également être situés dans cette période ainsi que les dates de proposition et d'exécution des travaux.

Nos remboursements sont limités aux frais réels engagés et calculés après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme, ou tiers responsable.

Dès lors que votre contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires, les taux de prise en charge indiqués au Tableau de garanties sont minorés de 20 % et plafonnés à 200% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale, lorsque le médecin n'est pas signataire des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées.

Les garanties exprimées en forfaits ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Tout forfait non utilisé ne donne pas lieu à report.

Nous ne prenons pas en charge, quelle que soit la formule choisie, les frais

d'hospitalisation en long séjour, c'est-à-dire les soins et les prestations réalisés dans le cadre d'un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien, ainsi que les soins et les prestations réalisés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

5. MODALITÉS D'ADHÉSION

5.1 CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhésion à la présente garantie est réservée aux personnes suivantes relevant du régime général de la Sécurité sociale ou du régime local d'Alsace-Moselle et âgées entre 18 à 80 ans à la date de souscription du contrat :

- tout particulier employeur ;
- tout salarié cotisant ou ayant cotisé à l'Ircem Agirc-Arrco ;
- toute personne bénéficiant d'une pension de retraite complémentaire versée par l'Ircem Agirc-Arrco ;
- le conjoint, le concubin, le partenaire lié par un PACS (Pacte Civil de Solidarité) du Membre participant. Peuvent également adhérer le(s) enfant(s) ou petit(s)- enfant(s) du Membre participant, de son conjoint ou de son partenaire lié par PACS ;
- à charge au sens de la Sécurité sociale et figurant sur l'attestation jointe à la carte VITALE ;
- de moins de 25 ans, affiliés à la Sécurité sociale, pris en compte fiscalement pour la détermination du quotient familial, s'ils poursuivent leurs études secondaires ou supérieures ou s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage ;
- de plus de 25 et de moins de 28 ans, affiliés à la Sécurité sociale, célibataires, s'ils poursuivent leurs études supérieures ou s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage ;
- âgés de moins de 28 ans, affiliés à la Sécurité sociale, ayant terminé leurs études depuis moins de 12 mois et étant à la recherche de leur premier emploi. Ces derniers doivent être inscrits à France Travail. Dans ce cas ils bénéficient de la garantie pour une période maximale de 12 mois à compter de la date de fin de scolarité (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo demandeurs d'emploi).

Les enfants et ceux de son conjoint peuvent adhérer quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation pour adulte handicapé (AAH) sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.

5.2 FORMALITÉS D'ADHÉSION

Une demande d'adhésion doit être complétée et signée par le membre participant, et retournée accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- un justificatif d'identité en cours de validité (photocopie recto verso de la carte nationale d'identité ou des 4 premières pages du passeport ou de la carte de séjour) ;
- le mandat de prélèvement SEPA dûment rempli et signé ;
- un relevé d'identité bancaire ou postal ;
- une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale du membre participant fournie par la CPAM, ainsi que celle du conjoint marié, du partenaire lié par un PACS ou du concubin lors d'une adhésion pour un couple et de celle où figurent les enfants s'ils adhèrent ;
- le certificat de scolarité des enfants ou petits-enfants âgés de plus de 18 ans ;
- le certificat de radiation de l'ancienne mutuelle ;
- l'attestation de Sécurité sociale des enfants de plus de 18 ans ;
- pour les enfants en situation de handicap quel que soit leur âge : une photocopie de leur carte d'invalidité civil et une attestation allocation personne handicapée (AEEH ou AAH).

La signature de la demande d'adhésion peut être manuscrite ou électronique en cas d'adhésion en ligne.

Aucun questionnaire médical n'est exigé.

6. PRISE D'EFFET ET DUREE

6.1 PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

La date d'effet de votre adhésion est fixée au plus tôt à la date mentionnée sur la demande d'adhésion.

Cette date doit être obligatoirement postérieure à la date de réception du dossier complet d'adhésion. Les frais de santé que vous engagez sont alors couverts dans la limite des garanties souscrites à compter de cette date d'effet, sous réserve de l'application éventuelle d'un délai d'attente.

Aucun délai d'attente n'est appliqué pour le remboursement des frais de santé, hormis les postes précisés au paragraphe "Prise d'effet des garanties".

6.2 DUREE DE L'ADHESION

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation prévue au paragraphe « Fin de l'adhésion ».

La garantie est une garantie viagère, elle est valable toute la vie de l'assuré tant que les conditions prévues au présent Règlement mutualiste sont respectées.

Sous réserve du paiement des cotisations et sauf fausse déclaration, la garantie est définitivement acquise au participant dès la date à laquelle le contrat prend effet. Le participant ne peut être exclu de la garantie en raison de la seule dégradation de son état de santé.

6.3 PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Vous bénéficiez dès la date d'effet de votre contrat des remboursements prévus par celui-ci. Toutefois un délai d'attente sera appliqué sur certains postes de frais, à partir de votre date d'adhésion.

Les frais engagés sur ces postes, pendant ce délai, ne donneront pas lieu à remboursement .

- pour la chambre particulière : le délai d'attente est de 3 mois en cas de maladie et de 9 mois

pour la maternité,

- pour les forfaits optiques, l'orthodontie, les prothèses dentaires et autres prothèses : le délai d'attente est de 3 mois.

Pendant ce délai ou ces délais d'attente nous assurons :

- le remboursement intégral des soins et prothèses dentaires 100% Santé, des équipements optiques 100% Santé, et des aides auditives 100% Santé ;
- le Ticket modérateur pour tous les autres actes ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale.

Toutefois ces délais d'attente sont supprimés dans les cas ci-après :

- frais consécutifs à un accident survenu postérieurement à la date d'adhésion (sous réserve de produire une pièce justificative),
- continuité d'assurance : les personnes ayant bénéficié dans les 3 mois précédant leur demande d'adhésion d'un contrat complémentaire frais de santé (sous réserve de produire un justificatif : certificat de radiation, attestation de tiers payant).

Passé ce délai, vos frais de santé seront remboursés dans les conditions et limites fixées par la formule que vous avez choisie au moment de l'adhésion.

7. FIN DE L'ADHÉSION

La résiliation peut être notifiée :

- par lettre ou tout autre support durable,
- déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur,
- par acte extrajudiciaire,
- via le site www.ircem.com, s'agissant d'un contrat pouvant être souscrit en ligne.

Elle peut être notifiée :

- En cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, changement de régime matrimonial, d'adhésion à un contrat collectif obligatoire, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. Cette résiliation peut intervenir dans les 3 mois suivant l'événement et prend effet un mois après sa notification,
- À tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification par Ircem Mutuelle.

Par ailleurs, le contrat est déclaré nul en cas de :

- réticence ou fausse déclaration de l'Etat Civil à la souscription ou en cours de contrat,
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

L'adhésion cesse de plein droit en cas de décès du Membre participant. Dans ce cas, le montant de la cotisation versé d'avance reste acquis au régime.

Dans le cas de résiliation au cours de la période annuelle d'assurance, la cotisation payée sera remboursée au prorata de la période non courue, sauf dans les cas de non-paiement des cotisations, de réticence ou fausse déclaration, ou de fraude ou tentative de fraude.

Le Membre participant s'engage, si la carte Mutualiste de tiers payant est en cours de validité, à en assurer la restitution à l'Ircem Mutuelle dans le délai de 30 jours suivant la cessation de ses garanties.

Pour les membres de la famille assurés au titre du contrat, les garanties cessent à la date de résiliation du contrat par le membre participant ou au décès du membre participant.

Les membres de la famille, une fois radiés, ne pourront plus bénéficier des garanties au titre du présent contrat. Toutefois ils pourront à titre individuel souscrire un nouveau contrat individuel en leur nom propre.

Conséquences de la résiliation sur le droit aux prestations.

Les prestations sont dues, pour les soins et traitements en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Pour les membres participants de plus de 80 ans, la résiliation est définitive et empêche de souscrire à nouveau le présent contrat.

8. COTISATIONS

8.1 MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation correspondant à la formule choisie est précisée dans votre Certificat d'Adhésion. Elle est fixée en fonction de la formule choisie, du régime de base d'assujettissement, et de l'âge de chaque bénéficiaire.

La cotisation évolue en fonction de l'âge de chaque bénéficiaire. Le changement de tarif sera appliqué au 1er janvier de l'année civile de l'anniversaire considéré.

La cotisation évolue à chaque échéance principale en fonction de l'âge des personnes assurées, de l'évolution générale de la consommation médicale et des résultats techniques de la catégorie de contrats couvrant les mêmes risques. Vous en êtes informés par l'envoi de votre avis d'échéance. En cas de désaccord sur cette évolution, vous disposez du droit de mettre fin à votre contrat comme indiqué au paragraphe « Fin de l'adhésion ».

8.2 PAIEMENT DE LA COTISATION

A l'adhésion, et ensuite annuellement, un échéancier des cotisations est envoyé au Membre participant.

La cotisation est payable d'avance, mensuellement.

Elle est prélevée sur un compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne, conformément aux indications (dates et montants) figurant sur l'échéancier.

En cours d'adhésion, vous pouvez demander par écrit la modification de la fréquence du paiement. Cette modification s'appliquera à l'échéance suivant la demande.

8.3 DEFAUT DE PAIEMENT

En application de l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours suivant son échéance, et indépendamment du

droit pour l'Ircem Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie sera suspendue trente jours après l'envoi d'une mise en demeure au Membre Participant.

L'Ircem Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties. La garantie non résiliée reprend ses effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour où a été payée à l'Ircem Mutuelle la cotisation arriérée, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

9. FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

9.1 REGLEMENTATION DES PRESTATIONS

Comment obtenir un remboursement ?

- Si votre C.P.A.M. dispose du système NOEMIE assurant un remboursement rapide et automatique, les décomptes seront transmis automatiquement des C.P.A.M. vers notre Centre "Gestion Frais de Santé".
- Si votre département n'a pas encore adhéré à la procédure NOEMIE, vous adresserez vos demandes de remboursement à notre Centre de Gestion des frais de santé :

Uni Santé Prévoyance
34 rue des Moulins – CS 40003
51715 Reims Cedex

Ces demandes devront être accompagnées des décomptes originaux de la Sécurité sociale (les photocopies ne sont pas acceptées) et si nécessaire, des factures acquittées justifiant des frais réels. Tout dossier transmis sans justification des frais réels sera réglé sur la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Pour nous contacter, un seul numéro : 09 69 320 679

Pièces justificatives

HOSPITALISATION :

Selon la facturation dont relève l'établissement :

- Le bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire,
- La facture acquittée et détaillée,
- L'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement.

Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires.

DENTAIRE :

- Le décompte de la Sécurité sociale,
- Pour les prothèses ou actes de parodontologie : la facture acquittée et détaillée de tous les actes mentionnant en particulier le numéro des dents soignées,
- Pour les actes effectués dans le réseau des partenaires : une demande de prise en charge.

SOINS COURANTS :

- Honoraires médicaux : le décompte de la Sécurité sociale et la facture acquittée et détaillée,
- Les médicaments remboursés par la Sécurité sociale : le décompte de la Sécurité sociale et la facture acquittée et détaillée,
- Les médicaments non remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin : la prescription médicale et la facture acquittée et détaillée.

LES APPAREILLAGES ET AUTRES PROTHESES DIVERSES (AUTRES QUE LES PROTHESES DENTAIRES ET AUDITIVES) :

- Le décompte de la Sécurité sociale,
- En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale : la facture acquittée et détaillée

AIDES AUDITIVES :

- Le décompte de la Sécurité sociale,
- En cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale : la facture acquittée et détaillée,
- Pour les dispositifs achetés au sein du réseau de partenaires : une demande de prise en charge.

AUTRES POSTES :

- Frais de transport : le décompte de la Sécurité sociale.

PREVENTION ET ACCOMPAGNEMENT :

- Les actes de prévention prévus à l'article L871-1 du code de la Sécurité Sociale : le décompte de la Sécurité sociale,
- Les séances d'accompagnement réalisées par un psychologue remboursées par la Sécurité sociale : le décompte de la Sécurité sociale,
- Consultations non remboursées (ostéopathe, diététicien, pédicure, podologue, psychologue) : la facture acquittée et détaillée avec le n° ADEL ou le n° RPPS du praticien,
- Bilan postural : la facture acquittée et détaillée.

OPTIQUE :

- Le décompte de la Sécurité sociale,
- Pour les lunettes : la facture acquittée et détaillée mentionnant la correction visuelle et le type de verre,
- Pour les lentilles : l'original de la prescription médicale datant de moins de 2 ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) pour les lentilles qui ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale et la facture acquittée et détaillée.

Tiers payant

Une carte Mutualiste de TIERS PAYANT vous sera remise peu après votre adhésion. Conformément aux obligations liées aux « contrats responsables », vous bénéficiez du tiers payant à hauteur du tarif de responsabilité pour l'ensemble des frais de santé remboursés par la Sécurité sociale, dès lors que le professionnel de santé pratique le tiers payant. Les

garanties des « contrats responsables » concernées par cette obligation de tiers payant sont :

- les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé y compris ceux relatifs à la prévention ;
- les soins dentaires y compris les soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dento-faciale ;
- les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale ;
- les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire prévue au I de l'article R. 322-8 du code de la Sécurité sociale, et sur les consultations et actes externes des établissements de santé ;
- le forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale.

En cas d'hospitalisation, la prise en charge du tiers payant est notifiée en bas de la partie droite de votre carte. Vous devez simplement remettre une copie de votre carte Mutualiste de tiers payant lors de la constitution de votre dossier d'admission au centre hospitalier.

En cas de difficultés, contactez votre centre de gestion qui adressera directement un accord de prise en charge spécifique au centre hospitalier.

Pour vos dépenses d'optique, vous pouvez bénéficier du tiers payant auprès de votre opticien s'il accepte notre prise en charge. Il vous suffira de présenter votre justificatif d'adhésion à la "GARANTIE SANTE" pour que votre opticien nous fasse parvenir une demande de prise en charge pour la part complémentaire à celle de la Sécurité sociale. Vous n'aurez pas à faire l'avance du montant de notre prise en charge, nous réglerons directement votre opticien.

De manière générale et quel qu'en soit le motif, les sommes indûment versées sont recouvrables auprès du membre participant.

9.2. MODIFICATION DE LA SITUATION DU MEMBRE PARTICIPANT ET DES BÉNÉFICIAIRES

Vous devez nous informer de toute modification vous concernant ou visant les autres bénéficiaires qui intervient en cours de contrat et notamment :

- Cessation ou changement d'affiliation d'un bénéficiaire à l'Assurance Maladie Obligatoire,
- Changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine,
- Changement de statut de vos bénéficiaires (conjoint, enfants, ...).

Cette déclaration doit être faite dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance :

- par lettre simple ou tout autre support durable,
- via le site www.ircem.com.

9.3 CHANGEMENT DE FORMULE

Le changement de formule :

- ne peut intervenir qu'après un délai d'un an suivant la date d'effet du Contrat,
- et ne peut se faire qu'avec une ancienneté d'au moins un an dans la formule précédente.

Pour ce faire, vous devez nous demander un formulaire de changement de formule. Ce changement de formule entraîne l'application d'un délai d'attente sur les postes non pris en charge par l'ancienne formule.

S'il s'agit d'un changement de formule entraînant une augmentation des garanties, il ne peut pas être réalisé après le 80^{ème} anniversaire.

Les nouvelles garanties choisies par le membre participant s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires des garanties du contrat. Elles donnent lieu à l'application de nouvelles cotisations, à l'émission d'un nouveau certificat d'adhésion et d'un nouvel échéancier.

9.4 SUBROGATION - ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, nous sommes subrogés contre les tiers responsables, à concurrence du montant desdites prestations, dans les droits et actions du souscripteur ou des éventuels bénéficiaires du présent contrat souscrit contre les tiers responsables.

10. ÉTENDUE TERRITORIALE

Nous ne prenons pas en charge les actes non remboursés par la Sécurité sociale lorsqu'ils sont effectués en dehors du **territoire français**, à l'exception de ceux :

- effectués par un assuré, ayant le statut de travailleur frontalier, ou de ses bénéficiaires, s'ils sont domiciliés en dehors du territoire français, et si ces soins sont effectués dans leur pays de résidence principale ;
- intervenant dans le cadre de soins inopinés (hospitalier ou ambulatoire), ou de soins programmés avec entente préalable de l'assureur.

Ces exceptions ne s'appliquent pas aux prestations « Prévention et accompagnement » mentionnées au Tableau de garanties.

Le paiement et le prélèvement des cotisations sont toujours effectués en France (Métropolitaine et DROM) ou en Principauté de Monaco, dans la monnaie ayant cours légal dans le Pays.

11. FACULTÉ DE RENONCIATION

Vous avez la faculté de renoncer à votre adhésion dans les 14 jours qui suivent la date de souscription, par lettre recommandée avec accusé de réception. Vous recevrez alors le remboursement des cotisations versées, dès que vous aurez remboursé les éventuelles prestations déjà accordées dans le cadre du présent contrat, dans le délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée accompagnée de votre carte Mutualiste de TIERS PAYANT et du remboursement des prestations indûment perçues.

Dans tous les cas, les prestations versées doivent être restituées à Ircem Mutuelle. Modèle de lettre à adresser à Ircem Mutuelle : " Je soussigné [nom, prénom, adresse] déclare renoncer aux garanties prévues par le Certificat d'Adhésion n°... et demande à recevoir le remboursement intégral des cotisations que j'ai versées ".

12. PRESCRIPTION

La prescription est la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

Aux termes de l'article L.221-11 du Code de la mutualité :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L.125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance.

2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Aux termes de l'article L.221-12 du Code de la mutualité :

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- toute assignation ou citation en justice, même en référé,
- tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'Assuré,
- toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers l'assureur,
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.

13. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies sont nécessaires à la gestion et l'exécution de votre contrat et sont destinées à l'Ircem Mutuelle. Elles pourront être transmises à ses partenaires contractuellement liés ainsi qu'aux entités membres du Groupe IRCEM. Ces partenaires s'engagent à respecter la protection des données personnelles. Ces données sont par ailleurs nécessaires à l'Ircem Mutuelle pour vous proposer les solutions les plus adaptées à vos besoins. Ce traitement de données est fondé sur l'exécution du contrat. Toute information vous concernant peut faire l'objet d'un traitement dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Ce traitement est fondé sur le respect d'une obligation légale à laquelle nous sommes soumis (article 9,1°, c) du RGPD). Toute information vous concernant peut également faire l'objet d'un traitement relatif à la lutte contre la fraude. Ce traitement est effectué dans le cadre de l'intérêt légitime de l'Ircem Mutuelle qui a pour obligation de protéger la mutualité des assurés (article 6,1°, f) du RGPD). Par ailleurs, vos données à caractère personnel sont utilisées pour l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche, d'audit, de contrôle et de développement. Ces données seront conservées pour la durée du contrat et au-delà de cette durée conformément aux délais légaux de prescription. Conformément à la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, à la portabilité et d'effacement sur les données personnelles vous concernant, ainsi qu'un droit d'opposition à leurs traitements. Si vous souhaitez exercer vos droits, vous pouvez écrire, à l'attention du Délégué à la protection des données, au Groupe IRCEM, 261 avenue des Nations Unies, 59672 Roubaix Cedex 1, en indiquant vos nom, prénom, adresse, courriel et si possible votre référence client afin d'accélérer la prise en compte de votre demande. Votre groupe de protection sociale conserve vos données après votre décès pour l'exécution du contrat et jusqu'au délai de prescription afin de prouver la bonne exécution du contrat. Pour toutes les données qui ne sont pas nécessaires à l'exécution de votre contrat, nous vous rappelons que vous disposez d'un droit de maîtrise de vos données post-mortem. Cela signifie que vous pouvez nous transmettre vos directives concernant la conservation, l'effacement et la communication de vos données après votre décès. Pour toute question relative à la gestion de vos données personnelles, vous pouvez adresser un courriel à l'adresse suivante : dpo@ircem.org. Pour les traitements mis en oeuvre aux seules fins de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès aux données s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, TSA 80715, 3, PL de Fontenoy, 75334 Paris.

14. RECLAMATION

Une réclamation est l'expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : clients (particuliers ou professionnels), anciens clients, bénéficiaires, personnes ayant sollicité du professionnel la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par un professionnel, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

En cas de mécontentement, vous pouvez adresser votre réclamation :

- Sur le site www.ircem.com, rubrique « Réclamations » ;
- Par courriel adressé à serviceclientqualite@ircem.org ;
- Par courrier à l'adresse suivante : « GROUPE IRCEM - Service Client Qualité 261, Avenue des Nations Unies 59672 ROUBAIX Cedex 1 ».

Nous accuserons réception de votre réclamation, dans les 10 jours ouvrés à compter de sa réception (sauf si la réponse vous a été apportée dans ce délai). Dans tous les cas, nous nous engageons à vous apporter une réponse définitive dans un délai maximum de 2 mois entre

l'envoi de votre réclamation et notre réponse définitive.

A réception de la réponse du Service Client Qualité, si le désaccord persiste, vous avez la possibilité de saisir le médiateur externe, sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent. Par ailleurs, vous pouvez également le saisir dans le cas où le Groupe IRCM ne respecterait pas le délai de 2 mois maximum pour traiter votre réclamation. La Médiation de la protection sociale est une instance indépendante dont le Médiateur a été agréé par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation placée auprès du ministre chargé de l'économie et prévue par les articles L.615-1 et suivants et R.615-1 et suivants du Code de la consommation. Le Médiateur appréciera votre demande gratuitement et en toute confidentialité, en droit, éventuellement en équité, dans les conditions strictement spécifiées dans le dernier Rapport annuel du Médiateur. La saisine du Médiateur s'opère par voie postale ou par voie électronique. Votre demande doit comprendre un exposé des motifs de désaccord ainsi que les références de dossier citées dans les courriers de réponse précédemment envoyés par le Groupe IRCM ou à défaut les copies desdits courriers. Pour formuler votre demande, plusieurs possibilités s'offrent à vous :

- Sur le site ctip.asso.fr, rubrique « Médiateur de la protection sociale (CTIP) »,
- Par courrier à l'adresse suivante : « Médiateur de la protection sociale (CTIP) 10, rue Cambacères 75008 Paris ».

15. FACULTÉ D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Conformément à l'article L-223-1 du Code de la consommation, le Membre participant dispose d'un droit d'opposition à la prospection commerciale, sauf en cas de relations commerciales préexistantes, en s'inscrivant sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (BLOCTEL) à partir du lien suivant : <https://conso.bloctel.fr>.

16. LOI ET LANGUE APPLICABLES

La loi applicable aux relations précontractuelles et au présent Contrat est la loi française. Toute communication avec l'Assuré est faite en langue française.

17. ORGANISME DE CONTRÔLE

L'Ircem Mutuelle relève de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4, place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09.

18. COMMUNICATION ELECTRONIQUE

En application de l'article L. 221-6-5 du Code de la mutualité, si l'Assuré a communiqué une adresse de messagerie électronique ayant fait l'objet d'une vérification préalable, l'Ircem Mutuelle utilisera cette adresse pour la poursuite des relations avec l'Assuré afin de lui adresser certaines informations ou documents relatifs à son contrat.

L'Assuré dispose du droit de s'opposer, à tout moment, par tout moyen et sans frais, à l'utilisation d'un support durable autre que le papier et peut demander qu'un support papier soit utilisé de façon exclusive pour la poursuite de ses relations avec l'Ircem Mutuelle.

19. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Ircem Mutuelle s'engage à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Afin de répondre aux obligations de contrôle à la charge de la Mutuelle dans le cadre du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'Ircem Mutuelle pourra être amenée à demander, à l'adhésion ou en cours d'adhésion, des informations et justificatifs complémentaires.

20 SANCTIONS INTERNATIONALES

20.1 Définition

Pour les besoins du présent article, on entend par « **Sanctions Internationales** » toutes mesures restrictives financières ou commerciales décidées par un Etat ou une Organisation Internationale / Supranationale à l'encontre d'autres États, de territoires, de personnes physiques, de personnes (physiques ou morales) et/ou d'entités (de droit public ou privé).

Ces Sanctions Internationales peuvent notamment prendre les formes suivantes :

- interdictions ou restrictions d'importations ou d'exportations (embargos) ;
- confiscations, saisies, gels de biens ou d'avoirs ;
- interdictions ou restrictions de certaines activités industrielles, commerciales ou de services en particulier financiers dont assurantiels.

Ces **Sanctions Internationales** sont évolutives tant par leur nature que dans leurs domaines d'application. Elles sont publiques et peuvent être consultées sur les sites internet des Etats et des Organisations Internationales / Supranationales.

Ces **Mesures de Sanctions Internationales** peuvent interdire à l'Ircem Mutuelle, d'exécuter les obligations résultant d'un contrat d'assurance telles que :

- couvrir un risque ou ;
- payer une somme d'argent ou fournir une prestation.

20.2 Conséquences des Mesures de Sanctions Internationales sur l'Ircem Mutuelle

Dans l'exercice de ses activités, l'Ircem Mutuelle est soumis de plein droit aux législations et réglementations d'ordre public édictées par la France, l'Union Européenne et le pays dans lequel l'Ircem Mutuelle a son siège social, notamment dans le domaine des **Sanctions Internationales** qui peuvent lui interdire d'exécuter les obligations résultant d'un contrat d'assurance telles que :

- couvrir un risque et/ou ;
- payer une somme d'argent ou fournir une prestation.

Par ailleurs, le non-respect par l'Ircem Mutuelle d'autres **Sanctions Internationales** peut exposer ce dernier, ses employés ou les sociétés du groupe auquel il appartient,

à des risques de sanctions réglementaires, administratives, civiles, et/ou pénales. Par conséquent, l'Ircem Mutuelle doit également veiller à la conformité de ses activités avec les **Sanctions Internationales** édictées par les Etats-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, l'ONU et le pays du siège social de la société mère du groupe de l'Ircem Mutuelle.

20.3 Effets sur l'exécution du contrat

20.3.1 Suspension de l'obligation de couverture d'un risque

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs **Sanctions Internationales** visées au paragraphe 2 ci-dessus, l'exécution de l'obligation de l'Ircem Mutuelle de couvrir un risque en application du présent contrat est suspendue, dès leur entrée en vigueur. Cette suspension cesse à compter du jour où lesdites **Sanctions Internationales** cessent d'affecter l'obligation de l'Ircem Mutuelle. Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension ne pourra donner lieu à garantie.

20.3.2 Suspension de l'obligation de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs **Sanctions Internationales** visées au paragraphe 2 ci-dessus, l'exécution de l'obligation de l'Ircem Mutuelle de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation en application du présent contrat est suspendue, dès leur entrée en vigueur. Cette suspension s'applique notamment dans le cadre d'un sinistre ou d'un remboursement total ou partiel de prime. Toute somme contractuellement due par l'Ircem Mutuelle et dont le paiement aurait été reporté du fait des **Sanctions Internationales** redeviendra exigible à compter du jour où lesdites **Sanctions Internationales** cessent d'affecter l'obligation de l'Ircem Mutuelle. Il en est de même, lorsque cela est possible, de la fourniture de la prestation qui avait été ainsi suspendue. L'Ircem Mutuelle devra informer l'Assuré, par écrit motivé, de tout refus de prise en charge d'un sinistre en raison de l'existence d'une ou plusieurs **Sanctions Internationales**.

21. VOS DECLARATIONS

L'adhésion est conclue sur la base des déclarations du Membre participant. Celui-ci est tenu de répondre exactement à toutes les questions posées par l'assureur (article L. 113-2 du Code des assurances) :

- Toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude, dans les déclarations à l'adhésion ainsi qu'en cours de vie du contrat, selon qu'elle est intentionnelle ou non, peut nous amener à prendre les sanctions ci-dessus,
- Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat, conformément aux dispositions de l'article L 113-8 du Code des Assurances (le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé),
- Toute omission ou inexactitude non intentionnelle dans les déclarations entraîne l'application de l'article L 113-9 du Code des assurances (réduction de l'indemnité en cas de sinistre, en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés).

Si, dans le cadre d'un sinistre, l'Assuré fait une ou plusieurs fausses déclarations ou exagère le montant des frais, préjudices, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il perd pour ce sinistre le bénéfice des garanties du contrat.

Toute somme indûment versée fera l'objet d'une action aux fins de remboursement, et le cas échéant de suites judiciaires.

En cas d'événement mettant en jeu le présent contrat, le Membre participant (ou les bénéficiaires) sont tenus de déclarer à l'assureur l'existence des autres contrats d'assurance à caractère indemnitaire et/ou forfaitaire couvrant le même risque.

22. L'ADHESION PAR VOIE TELEPHONIQUE

Le contrat est conclu par échange de consentement oral avec signature écrite (sauf dispositions spécifiques prévues à l'article L. 112-2-2 du Code des assurances). Lors de l'entretien téléphonique les caractéristiques de l'adhésion et du contrat sont présentées au Membre Participant. Les informations précontractuelles et contractuelles lui sont adressées par voie postale ou par courriel.

Les parties conviennent que les enregistrements des conversations sont conservés par l'assureur et qu'ils constituent une preuve de l'identité du membre participant, de son consentement à l'assurance, de la teneur du contrat, des moyens de paiement de la cotisation d'assurance et des opérations effectuées en cours de contrat.

De manière générale, les parties conviennent qu'un document électronique peut constituer un mode de preuve au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même la preuve apportée par le membre participant consisterait en un document établi sur support papier.

23. L'ADHESION PAR INTERNET

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements fournis par le Membre participant qui donne lieu à l'établissement d'une proposition d'assurance.

A chaque étape qui précède la signature en ligne du contrat, le Membre participant dispose de la possibilité de modifier les éléments saisis ou d'abandonner la procédure.

Après avoir pris connaissance des dispositions contractuelles, la proposition d'assurance est validée par le membre participant par la validation des cases à cocher et le clic sur le bouton « Confirmer ».

Dès validation de l'adhésion, la demande d'adhésion qui matérialise l'acceptation de l'assureur est émis.

Un courriel de confirmation est adressé au Membre participant par l'assureur.

En cas de contestation, seules ces informations fournies au membre participant (proposition, notice d'information, demande d'adhésion) ont valeur probante.

Chaque document contractuel mis à la disposition du Membre participant lors de l'adhésion peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format PDF sur le support informatique de votre choix.

Ces documents sont accessibles à tout moment dans l'espace personnel du Membre participant, pendant un délai conforme aux exigences légales.

Les données fournies par l'utilisateur de ce site internet ainsi que les écrits électroniques ont la même valeur probante qu'un écrit manuscrit.

Les informations fournies sont susceptibles d'être produites en tant que preuve devant la juridiction compétente en cas de litige entre les parties.

Les parties acceptent que les données stockées et archivées par voie informatique constituent la preuve des actes passés en ligne par l'utilisateur. L'assureur peut se prévaloir à titre de preuve d'un document électronique au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même la preuve apportée par le Membre participant consisterait en un document établi sur support papier.

NOTICE D'INFORMATION

Valant conditions générales Ircem assistance santé n°0804629

Le présent contrat d'assurance et d'assistance (ci-après dénommé le « Contrat ») est assuré par INTER PARTNER ASSISTANCE, Société Anonyme de droit belge au capital de 180 702 613 €, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 7 Boulevard du Régent 1000 Bruxelles – Bruxelles Capitale – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500, IDU N°FR322155_01UWGT et située 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff (ci-après dénommé l'« Assisteur » ou « AXA »). INTER PARTNER ASSISTANCE, société du Groupe AXA, intervient sous la marque AXA.

PREAMBULE - OBJET

La présente Notice valant Conditions générales a pour objet de définir les termes et les conditions de mise en application par l'Assisteur des garanties du Contrat IRCÉM Assistance Santé à Domicile accordées à toute personne bénéficiaire, dans les limites et conditions définies ci-après. Elle détaille les garanties dont vous pouvez bénéficier ainsi que leurs modalités de mise en œuvre.

Dans le présent Contrat, les mots et expressions ayant la première lettre en majuscule sont définis au sein de la PARTIE 1. « DEFINITIONS ».

Ce contrat est distribué et géré par

- UNI SANTE PREVOYANCE, immatriculée en tant que courtier d'assurance auprès de l'Orias (www.oriass.fr) sous le numéro 07025792, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro B 410 503 429 R.C.S. Reims et dont le siège social est situé 34 Rue des Moulins 51100 Reims ;

- Et IRCÉM MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le N°438 301 186, dont le siège social est situé 261 Avenue des Nations Unies 59100 Roubaix

Votre Contrat est constitué des présentes Conditions générales et de vos Conditions Particulières. Il est rédigé en langue française et régi par le Code des assurances français.

1. CONDITIONS ET MODALITES DES GARANTIES

1.1 PRISE D'EFFET DE VOTRE CONTRAT

Les présentes garanties d'assistance sont incluses dans votre contrat d'assurance frais de Santé IRCÉM et vous sont donc acquises le jour de la souscription de celui-ci, sous réserve du paiement effectif de la cotisation correspondante.

Elles sont liées à votre contrat d'assurance frais de Santé IRCÉM et suivent le sort de ce dernier aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement, l'évolution de la cotisation et la résiliation. Les présentes garanties cessent donc de produire leurs effets en cas de résiliation de votre contrat d'assurance Santé.

1.2 TERRITORIALITE

Les garanties s'exercent en France métropolitaine sauf pour la prestation 3.4.1 Rapatriement médical qui s'exercent dans le Monde entier.

1.3 PRIME

Le Souscripteur s'engage à payer la prime d'assurance due en contrepartie de la couverture.

La prise d'effet des garanties est subordonnée à l'encaissement effectif de la prime.

1.3.1 Paiement de la prime

Le montant de la prime ainsi que ses modalités de paiement sont prévus dans Votre Contrat. Toutes les primes (ou fractions de primes) doivent être payées dans les 10 jours qui suivent leur échéance.

1.3.2 Défaut de paiement

En cas de défaut de paiement de la prime ou d'une fraction de la prime dans les dix (10) jours calendaires qui suivent son échéance, une relance sera envoyée à l'Adhérent par lettre recommandée. Si dans les trente (30) jours calendaires qui suivent son envoi, la(les) prime(s) ou la(les) fraction(s) de prime due n'est toujours pas payée, les garanties seront suspendues et si la prime n'est toujours pas réglée dans les dix (10) jours calendaires qui suivent la date de suspension des garanties, AXA Assistance pourra résilier le Contrat.

1.3.3 Modification de la prime

1.3.3.1 Indexation à l'échéance

Il sera appliqué chaque année à la prime une indexation sur la base de la variation annuelle de l'indice de l'INSEE au 30 juin « Salaires, revenus et charges sociales – Salaire horaire de base de l'ensemble des ouvriers (indice trimestriel) – Regroupements spéciaux – Tertiaire – Identifiant : 001567411 ». L'indexation du tarif sera effectuée automatiquement au 1er janvier de chaque exercice.

En cas de disparition de cet indice, les Parties conviennent de lui substituer l'indice correspondant établi par l'INSEE ou tout autre organisme similaire.

1.3.3.2 Hors indexation

Nous pouvons être amenés à modifier le tarif applicable à vos garanties en fonction de circonstances techniques indépendantes de la variation du régime des taxes.

Votre prime est alors modifiée dans la même proportion, à la première échéance principale qui suit cette modification. Vous en serez informé par votre appel de prime précisant son nouveau montant.

Si vous n'acceptez pas cette augmentation, vous pouvez résilier le contrat, par lettre recommandée avec avis de réception, dans les 15 jours suivant celui où vous en avez été informé.

La résiliation sera effective 30 jours après votre demande, le cachet de la poste faisant foi.

Vous devrez cependant nous régler une part de prime calculée à l'ancien tarif, pour la période couverte entre la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

1.4 MISE EN JEU DES GARANTIES

1.4.1 Qui dois-je contacter en cas de sinistre ?

Pour obtenir les prestations d'assistance santé à Domicile en cas de difficulté consécutive à un fait garanti, vous devez contacter immédiatement l'Assisteur par téléphone au numéro suivant : +33 (0)1 55 92 14 63 (tapez 1) (coût d'un appel local à la charge du Bénéficiaire).

Seules les prestations d'assistance que vous avez avancées avec notre accord préalable peuvent vous être remboursées, en envoyant les justificatifs originaux et le numéro de dossier correspondant à :

AXA Assistance - Service Gestion des Règlements

8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de tout ou partie des garanties d'assistance prévues au Contrat sans l'accord préalable de l'Assisteur, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à aucun remboursement.

L'Assisteur se réserve la faculté de réclamer des pièces complémentaires pour la constitution du dossier sinistre.

Tous les règlements effectués par l'Assisteur au titre du Contrat sont effectués en euros. Si le montant de l'indemnité a été fixé en monnaie étrangère, le règlement est effectué en euros au taux de change officiel au jour du règlement.

Si nécessaire, l'Assisteur se réserve le droit de soumettre le Bénéficiaire, aux frais de l'Assisteur, à un contrôle médical.

1.4.2 Limitations de responsabilité

Nous nous engageons à mobiliser tous les moyens dont nous disposons pour mettre en œuvre les prestations et garanties du Contrat. En effet, notre engagement repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

Nous ne pouvons pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et nous ne prenons pas en charge les frais relatifs à leur intervention, sauf mention contractuelle contraire.

Nous ne pouvons être tenus pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la Guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de Terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les Epidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

Nous ne pouvons être tenus pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial que vous avez subi à la suite d'un fait garanti ayant nécessité notre intervention.

1.4.3 Sanctions - Embargo

AXA ne sera pas tenue de fournir une couverture, de régler un sinistre ou de fournir une prestation au titre des présentes dans le cas où la fourniture d'une telle couverture, le règlement d'un tel sinistre ou la fourniture d'un tel service exposerait AXA à une quelconque sanction ou restriction en vertu d'une résolution des Nations Unies ou en vertu des sanctions, lois ou embargos commerciaux et économiques de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des Etats-Unis d'Amérique.

1.4.4 Vos engagements

Vous vous engagez à vous conformer aux solutions préconisées et à nous fournir tout élément permettant de justifier le bien-fondé de votre demande.

Lorsque nous sommes amenés à organiser et à prendre en charge votre transport, vous vous engagez :

- soit à nous réserver le droit d'utiliser votre titre de transport initial,
- soit à nous réserver le remboursement que vous avez obtenu auprès de l'émetteur du titre de transport.

1.4.5 Déchéance des garanties

Le non-respect par le Bénéficiaire de ses obligations envers l'Assisteur en cours du Contrat entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus au présent Contrat.

2. DEFINITIONS

Dans la présente notice, les mots et expressions ayant la première lettre en majuscule et listés ci-dessous ont la signification qui suit :

Atteinte corporelle : Accident corporel ou Maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie de l'Assuré ou d'engendrer à brève échéance, une aggravation majeure de son état de santé si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués immédiatement.

- Par **Accident corporel** on entend toute Atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure, imprévisible et indépendante de la volonté de l'Assuré.

- Par **Maladie** on entend toute altération soudaine et imprévisible de la santé de l'Assuré constatée par une Autorité médicale compétente.

Bénéficiaires/Vous : Toute personne physique ayant la qualité de Membre participant ou d'Assuré de l'Ircem Mutuelle et déclarée préalablement par l'Ircem à ce titre à l'Assisteur.

Animaux domestiques : Animaux familiers (chiens et chats uniquement et 2 maximum) vivant habituellement au Domicile du Bénéficiaire et à sa charge, et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur. **Ne sont pas considérés comme Animaux domestiques, les chiens dangereux de la catégorie «chien d'attaque».**

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

Domicile : Lieu de résidence principal et habituel du Bénéficiaire mentionné comme Domicile dans son adhésion. Il est situé en France telle que définie ci-après.

Equipe médicale : structure d'assistance médicale qu'AXA met à disposition et adapte à chaque cas particulier.

Etranger : tout pays en dehors du pays du Domicile de l'Assuré.

Force Majeure : événement imprévisible et irrésistible qui est d'origine extérieure au débiteur de l'obligation.

Frais de séjour : Frais d'hôtels (petit-déjeuner inclus) et de taxi, nécessaires à la mise en œuvre des prestations qu'AXA organise et prend en charge au titre du présent Contrat. Toute solution de logement provisoire qu'AXA n'aurait pas organisée ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

France : France métropolitaine y compris la Corse

Franchise : part des dommages qui restent à la charge de l'Assuré.

Hospitalisation : Séjour, y compris ambulatoire, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une altération brutale de la santé du Bénéficiaire ayant pour cause une Maladie ou un Accident corporel.

Hospitalisation imprévue : Toute Hospitalisation consécutive à une Maladie ou à un Accident corporel.

Hospitalisation programmée : Toute Hospitalisation consécutive à une Maladie ou à un Accident corporel dont la date de prescription est postérieure à la prise d'effet des garanties.

Immobilisation : Obligation de demeurer au Domicile d'une durée minimale mentionnée dans les garanties, médicalement prescrite, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident corporel.

Médecin spécialiste : Médecin, diplômé(e) d'Etat, spécialisé dans une branche de médecine (par ex : dermatologie, gynécologie, rhumatologie, ORL, gastro-entérologie) figurant dans la liste des spécialités consultable sur www.angel.fr.

Membre de la famille : Ascendants et descendants au premier degré, Conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au Bénéficiaire par un PACS, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du Bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le Bénéficiaire.

Proche : Toute personne physique désignée par le Bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le Bénéficiaire.

Structure médicale : structure publique ou privée adaptée à chaque cas particulier et définie par notre Equipe médicale.

Territorialité : Il s'agit de la zone géographique, précisée à l'article 11 du présent Règlement, dans laquelle les prestations garanties peuvent être servies.

Titre de transport : Dans le cadre des transports publics de voyageurs, il désigne le document qui permet à l'Assuré de justifier du paiement du transport.

Déplacement : désigne les déplacements à titre privé ou professionnel effectués à plus de 50 Km du Domicile en France et de moins de 90 jours consécutifs à l'Etranger.

3. PRESENTATION DES GARANTIES

3.1 TABLEAU DES GARANTIES

Garanties	Gamme Essentielle	Gamme Tranquillité	Gamme Premium
Aide-Ménagère	Dans la limite de 20h sur 20 jours	Dans la limite de 20h sur 20 jours	Dans la limite de 30h sur 20 jours
Garde Malade	Dans la limite de 20h sur 20 jours	Dans la limite de 20h sur 20 jours	Dans la limite de 30h sur 20 jours
Présence d'un Proche au chevet	Transport A/R + 80 € par nuit / 3 nuits max.	Transport A/R + 80 € par nuit / 3 nuits max.	Transport A/R + 80 € par nuit / 3 nuits max.
Garde des enfants de moins de 16 ans	Dans la limite de 20h sur 20 jours	Dans la limite de 20h sur 20 jours	Dans la limite de 30h sur 20 jours
Soutien scolaire à Domicile	Dans la limite de 15h / semaine	Dans la limite de 15h / semaine	Dans la limite de 15h / semaine

Garanties	Gamme Essentielle	Gamme Tranquillité	Gamme Premium
Garde ou transfert des Animaux domestiques	Max. 250€	Max. 250€	Max. 250€
Rapatriement médical	Non inclus	Frais réels	Frais réels
Pack Services Angel	Inclus	Inclus	Inclus

3.2 EN CAS D'HOSPITALISATION DES L'AMBULATOIRE OU D'IMMOBILISATION A DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS

3.2.1 Aide-ménagère

Cette garantie peut être mise en œuvre en cas d'Accident ou de Maladie soudaine et imprévisible du Bénéficiaire entraînant :

- une Hospitalisation imprévue,
- OU une Immobilisation imprévue au Domicile de plus de 5 jours.

AXA recherche et prend en charge une aide-ménagère à Domicile qui aura en charge l'accomplissement des tâches ménagères quotidiennes à compter :

- du 1^{er} jour d'Hospitalisation,
- du 1^{er} jour d'Immobilisation au Domicile,
- du jour du retour au Domicile après Hospitalisation,

AXA prend en charge un minimum de 2 heures consécutives, dans la limite de :

- **20 heures sur 20 jours, hors dimanches et jours fériés, pour les gammes Essentielle et Tranquillité,**
- **30 heures sur une période de 30 jours, hors dimanches et jours fériés, pour la gamme Premium.**

Seule l'équipe médicale d'AXA, après la réalisation d'un bilan médical, est habilitée à fixer la nature de la prestation, aide-ménagère, ainsi que le nombre d'heures allouées.

Au-delà de ces interventions, AXA communique au Bénéficiaire les coordonnées de personnels qualifiés. Le coût de l'intervention reste alors à la charge du Bénéficiaire.

3.2.2 Présence d'un Proche au chevet

Cette garantie peut être mise en œuvre en cas d'Accident ou de Maladie soudaine et imprévisible du Bénéficiaire entraînant :

- une Hospitalisation imprévue,
- OU une Immobilisation imprévue au Domicile de plus de 5 jours.

Si aucun Membre de la famille du Bénéficiaire ou un Proche ne se trouve dans un rayon de 50 km de son lieu de Domicile, AXA organise et prend en charge **dans les limites mentionnées dans le tableau des garanties au 3.1 :**

- un titre de transport aller-retour pour un Membre de la famille ou un Proche afin de se rendre au chevet du Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé.
- le séjour à l'hôtel de ce Membre de la famille ou Proche, **dans la limite de 80€ par nuit et de 3 nuits maximum.**

Toute autre solution de logement provisoire ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.

3.2.3 Garde malade

AXA recherche et prend en charge les services d'une garde malade dès le retour au Domicile ou pendant l'Immobilisation à Domicile. **Pour bénéficier de cette prestation, le Bénéficiaire doit en faire la demande dans les 8 jours suivant son Hospitalisation ou son Immobilisation.**

AXA limite toutefois cette aide à la période de 20 jours suivant l'Hospitalisation. La durée de présence de la garde malade est fixée par l'Equipe médicale d'AXA, en fonction des seuls critères médicaux.

AXA prend en charge un minimum de 2 heures consécutives, dans la limite de :

- **20 heures sur 20 jours, hors dimanches et jours fériés, pour les gammes Essentielle et Tranquillité,**
- **30 heures sur une période de 30 jours, hors dimanches et jours fériés, pour la gamme Premium.**

3.2.4 Garde des enfants de -16 ans (sans limite d'âge pour les enfants handicapés)

Cette garantie peut être mise en œuvre en cas d'Accident ou de Maladie soudaine et imprévisible du Bénéficiaire entraînant :

- une Hospitalisation imprévue dès l'ambulatoire,
- OU une Immobilisation imprévue au Domicile de plus de 5 jours.

Si personne ne peut assurer la garde des enfants concernés du Bénéficiaire, et dès le premier jour de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation au Domicile, AXA organise et prend en charge :

- Soit la venue d'un Proche à son Domicile,
- Soit l'acheminement des enfants concernés au Domicile d'un Proche,
- Soit la garde des enfants à son Domicile par une personne qualifiée.

AXA prend en charge un minimum de 2 heures consécutives, dans la limite de

- **20 heures sur 20 jours, hors dimanches et jours fériés, pour les gammes Essentielle et Tranquillité,**
- **30 heures sur une période de 30 jours, hors dimanches et jours fériés, pour la gamme Premium**

Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation.

AXA intervient à la demande des parents et ne peut pas être tenu pour responsable des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

AXA prend en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe.

3.2.5 Soutien scolaire à domicile

Cette garantie peut être mise en œuvre en cas d'immobilisation imprévue au Domicile de plus de 14 jours consécutifs d'un enfant bénéficiaire.

AXA recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs scolaires.

Ce soutien s'adresse aux enfants bénéficiaires scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs scolaires dispensent à l'enfant bénéficiaire des cours dans les matières principales : Français, Mathématiques, Histoire, Géographie, Physique, Biologie, langues vivantes. Seuls les honoraires du ou des répétiteurs scolaires sont pris en charge pour l'ensemble des matières à concurrence de 15 heures par semaine.

Ces cours sont dispensés dès le 15ème jour de l'immobilisation au Domicile ou de l'Hospitalisation de l'enfant bénéficiaire durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Au-delà de ces interventions, AXA communique au Bénéficiaire les coordonnées de personnels qualifiés. Le coût de l'intervention reste alors à la charge du Bénéficiaire.

3.2.6 Garde ou transfert des Animaux domestiques

Cette garantie peut être mise en œuvre en cas d'Accident ou de Maladie soudaine et imprévisible du Bénéficiaire entraînant :

- une Hospitalisation imprévue,
- OU une Immobilisation imprévue au Domicile de plus de 5 jours.

Si les Animaux domestiques ne peuvent pas bénéficier de leur garde habituelle, AXA organise et prend en charge, dès le premier jour de l'évènement :

- soit le transfert des Animaux domestiques (2 maximum) jusqu'à la pension la plus proche dans un rayon de 50km du Domicile, et les frais de garde de ces animaux à concurrence de 250€ maximum par évènement ;
- soit le transfert des Animaux domestiques (2 maximum) chez un Proche résidant dans un rayon de 50km du Domicile.

Pour bénéficier de cette prestation, le Bénéficiaire doit en faire la demande dans les 10 jours suivant l'évènement.

3.3 EXCLUSIONS

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- ✗ Toutes interventions et / ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier.
- ✗ Les états de grossesse à moins d'une complication imprévisible.
- ✗ Les interruptions volontaires de grossesse.
- ✗ L'usage d'alcool et ses conséquences.
- ✗ Les conséquences de l'usage de drogue ou de stupéfiants non prescrits médicalement.
- ✗ Les maladies chroniques.
- ✗ Les tentatives de suicide et leurs complications.
- ✗ Les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique.
- ✗ Les frais médicaux.
- ✗ Les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.
- ✗ Les dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire.
- ✗ Les conséquences d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs.
- ✗ Les conséquences de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique.
- ✗ Les conséquences d'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans.

3.4 GARANTIE D'ASSISTANCE AUX PERSONNES

Garantie souscrite uniquement en cas de stipulations au sein de vos Conditions particulières (Gamme Tranquillité et Premium).

3.4.1 Rapatriement médical

Si le Bénéficiaire est victime d'une Atteinte corporelle lors d'un Déplacement à plus de 50 km de son Domicile en France et de moins de 90 jours consécutifs à l'Etranger, AXA organise et prend en charge son rapatriement sanitaire par le moyen de transport de notre choix dès que son état de santé le permet.

La décision du rapatriement est prise en fonction des seuls impératifs médicaux.

AXA dirige alors le Bénéficiaire :

- soit vers le centre hospitalier le mieux adapté à son état de santé,
- soit vers le centre hospitalier le plus proche de son Domicile,
- soit vers son Domicile.

Pour ouvrir droit aux prestations d'AXA, l'Atteinte corporelle doit être constatée par une Autorité médicale.

Tout refus de la solution proposée par l'Equipe médicale d'AXA entraîne la déchéance des garanties d'assistance médicale.

3.4.2 Exclusions spécifiques aux garanties d'assistance médicale

Outre les exclusions générales applicables à chacune des garanties, sont exclus et ne pourront donner lieu à notre intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- ✗ Toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- ✗ Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ;
- ✗ Les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- ✗ Les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les six (6) mois avant la date de demande d'assistance ;
- ✗ Les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- ✗ Les suites de la grossesse : accouchement, césarienne, soins au nouveau-né ;
- ✗ Les interruptions volontaires de grossesse ;
- ✗ La chirurgie esthétique ;
- ✗ Les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- ✗ Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- ✗ Les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;
- ✗ Les transports répétitifs nécessités par votre état de santé.

3.5 SERVICES DU PACK ANGEL

Les prestations d'assistance « Angel » sont accessibles via :

- +33 (0)1 55 92 14 63 (tapez 2) (coût d'un appel local à la charge du Bénéficiaire)
- www.angel.fr

Le Bénéficiaire pourra solliciter la mise en œuvre des prestations suivantes :

- Chat Medico Social,
- Second Avis Médical
- Entretien Prévention Cancer
- Soutien psychologique

Le Bénéficiaire pourra également accéder aux services additionnels suivants depuis le compte Angel :

- Appli prévention bien-être
- Téléconsultation médicale
- Livraison de Médicaments
- Réseau de soins Itelis
- Palmarès des hôpitaux

3.5.1 Définitions spécifiques

Donnée personnelle : toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable, au sens du Règlement général de protection des données n°2016/679.

Données à caractère personnel : toute information permettant d'identifier directement ou indirectement une personne physique (notamment à l'aide d'un identificateur ou d'un ou plusieurs facteurs qui lui sont propres).

Equipe Angel : Médecin Généraliste ou Spécialiste, infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE), conseiller(e) en économie sociale et familiale, conseiller(e) en santé, psychologue et nutritionniste, et tout autre personnel médical ou paramédical.

Proche bénéficiaire :

- Conjoint du Bénéficiaire, non divorcé ni séparé judiciairement. Est assimilé au conjoint en l'absence de celui-ci, le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, le concubin. Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif du domicile commun, devra être fourni aux assureurs. Le concubin doit répondre à la définition de l'article L 515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.
- Ses enfants et ceux de son conjoint qu'ils soient légitimes, reconnus, recueillis ou adoptifs qui répondent, en outre, aux conditions ci-dessous :
 - être mineurs ;
 - ou être majeurs et :

- être âgés de moins de 26 ans,
- être affiliés à la Sécurité sociale française,
- et suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance ;

- ou quel que soit leur âge, percevoir l'une des allocations pour personne handicapée (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation pour adulte handicapé (AAH)), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21e anniversaire.

D'autre part, être fiscalement à la charge du Bénéficiaire, c'est-à-dire être pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevoir une pension alimentaire que le Bénéficiaire déduit fiscalement de son revenu global.

De plus, les enfants reconnus ou adoptés par le Bénéficiaire sont considérés à charge même s'ils sont fiscalement à la charge de son conjoint tel que défini ci-dessus.

Règlementation applicable en matière de protection des Données à caractère personnel : désigne toute législation et réglementation locale et européenne applicables au traitement réalisé en vertu du présent contrat en matière de protection et de confidentialité des Données personnelles. Cela comprend la législation et la réglementation européenne et notamment, le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 abrogeant la directive 95/46/EC et toute législation hors de l'Espace Économique Européen (EEE) applicable.

3.5.2 Les prestations accessibles

3.5.2.1 Chat Médico-Social

L'Equipe Angel répond à toutes les questions de santé ou sociale du Bénéficiaire depuis la

France ou à l'étranger, qu'elles concernent le Bénéficiaire ou son entourage (famille, amis, etc.) avec ou sans lien de parenté :

- Réponses à ses questions médicales
- Réponses à ses questions d'ordre social et administratif
- Réponses à ses questions d'ordre psychologique
- Réponses à ses questions portant sur la nutrition.

En tant qu'Assuré bénéficiaire du service Angel, vous êtes le seul habilité à pouvoir poser une question sur votre espace Angel, vos Proches n'y ayant pas accès.

Le service Angel est accessible 24/7 pour permettre au Bénéficiaire de poser ses questions à tout moment. **Une réponse lui sera apportée par l'Equipe Angel du lundi au samedi de 9h00 à 19h00.**

L'intervention de l'Équipe Angel se limite à fournir une information objective sans que l'objet de ce service ne soit de favoriser une automédication.

Exclusions spécifiques à la prestation Angel :

- ✗ Les diagnostics d'ordre médical et personnel
- ✗ Les questions administratives relatives aux contrats de santé (remboursement et devis)

3.5.2.2 Entretien Prévention Cancer

A. Objet de l'Entretien Prévention Cancer

Après avoir complété un questionnaire de prévention cancer, le Bénéficiaire se verra fournir une synthèse lui indiquant son niveau de facteurs de risques de développer un cancer. L'objectif de la prestation est d'accompagner le Bénéficiaire dans l'analyse de ses facteurs de risques, de lui proposer de corriger ses habitudes de vie si nécessaire et de l'orienter vers son médecin traitant pour toute autre demande.

B. Organisation et prise en charge de la prestation

AXA demande au Bénéficiaire de lui transmettre la synthèse du questionnaire qui servira de base d'échange pour l'entretien de prévention.

Un créneau entre 9H et 19h est alors choisi par le Bénéficiaire pour l'entretien de prévention grâce à l'outil de prise de rendez-vous en ligne. Le Bénéficiaire est contacté par téléphone par le médecin qui aura préalablement pris connaissance de la synthèse du questionnaire (option vidéo possible). À la suite de l'entretien de prévention, le médecin peut, si nécessaire et si le Bénéficiaire accepte, fournir un compte -rendu à destination du médecin traitant.

Le médecin traitant du Bénéficiaire reste le seul interlocuteur de son patient pour son suivi sur le long terme.

C. Limites d'intervention

L'intervention d'AXA se limite à l'accompagnement du Bénéficiaire dans l'analyse de la synthèse de son questionnaire et dans l'orientation vers son médecin traitant.

Sont exclues du champ d'application de la prestation :

Toute demande de diagnostic

- ✗ Toute demande d'orientation vers un médecin / établissement spécialisé
- ✗ Toute prescription d'ordonnance
- ✗ Toute demande concernant le suivi / le traitement d'un cancer déjà diagnostiqué.

3.5.2.3 Soutien psychologique

L'Equipe Médicale d'AXA peut mettre en relation le Bénéficiaire avec des professionnels de santé et prendre en charge maximum 4 (quatre) consultations avec un psychologue. Cette prestation est accessible uniquement sur acceptation du Bénéficiaire.

3.5.2.4 Second avis médical

En cas d'Atteinte corporelle grave, telle que définie à l'article 2, diagnostiquée pour la première fois pendant la période garantie, ou de rechute d'une d'Atteinte corporelle grave intervenue pendant cette même période, le Bénéficiaire peut solliciter un Second Avis Médical.

Cette prestation ne pourra pas être mise en œuvre dès lors que l'atteinte corporelle grave relève de l'une des situations suivantes :

- ✗ Le cas médical de l'Assuré relève des organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence.
- ✗ Le cas médical de l'Assuré nécessite des soins dont le délai de mise en place n'est pas compatible avec le délai de restitution du Second Avis Médical.

Objet du Second Avis Médical

La prestation d'assistance Second Avis Médical consiste à permettre à un Assuré atteint d'une «Atteinte corporelle grave», d'obtenir un avis médical supplémentaire venant d'un médecin expert en la pathologie concernée. L'Assuré pourra ainsi obtenir un éclairage complémentaire sur le diagnostic et/ou le traitement préconisé en premier lieu par le Médecin de l'Assuré en charge de son suivi.

Organisation et prise en charge de la prestation

AXA demande à l'Assuré d'effectuer le transfert des données et pièces médicales relatives à la pathologie et/ou diagnostic sur laquelle/lequel il souhaite recevoir le second avis, qui lui sera communiqué par le médecin expert, accompagné des pièces médicales qu'il aura fournies.

Le médecin de l'Assuré reste le seul interlocuteur de son patient pour le suivi de sa pathologie.

L'Assuré peut bénéficier de cette prestation 1 (une) fois par an.

AXA organise la prestation et prend en charge le transfert des données à un Médecin Expert ainsi que la transmission de l'avis de celui-ci à l'Assuré.

En aucun cas le Second Avis Médical ne donne lieu à examen médical avec le Médecin Expert.

Les honoraires du Médecin Expert et les frais d'expédition sont à la charge d'AXA.

AXA s'engage à transmettre le Second Avis Médical à l'Assuré sous 10 (dix) jours ouvrés à compter du moment où son Médecin est en possession de toutes les pièces médicales requises.

Limites d'intervention

L'intervention d'AXA se limite à l'aide à la constitution du dossier médical et à la transmission de ce dossier au Médecin Expert de son réseau.

Sont exclues du champ d'application de la prestation Second Avis Médical :

- ✗ Toute demande portant sur une Atteinte Corporelle Grave n'ayant pas fait préalablement l'objet d'un premier diagnostic rendu par toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en cours de validité, en France ;
- ✗ Les Maladies présentant un caractère d'urgence c'est-à-dire toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement.

3.5.3 Les Services additionnels

Le Bénéficiaire doit se reporter à son compte Angel.fr pour consulter les services additionnels qu'il peut solliciter ainsi que les Conditions Générales d'Utilisation du site Angel.fr.

3.5.4 Responsabilité

3.5.4.1 Responsabilité d'AXA

L'engagement d'AXA repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

En outre, AXA ne saurait être tenue responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques ;
- d'un cas de Force majeure ou du fait d'un tiers ;
- de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne leur auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation.

3.5.4.2 Responsabilité du Bénéficiaire

Le Bénéficiaire est responsable de l'exactitude et de l'actualisation des renseignements demandés lors de l'appel ou du chat pour permettre à AXA d'assurer ses engagements dans de bonnes conditions.

4. EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Outre les exclusions spécifiques applicables à chacune des garanties, sont exclus :

- ✗ Les frais courants tels que repas ou boissons que l'Assuré aurait normalement supportés pendant son Déplacement ;
- ✗ Les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le Déplacement de l'Assuré ;
- ✗ Le coût des communications téléphoniques, exceptées celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce contrat ;

De plus, ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit toutes conséquences :

- ✗ De l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- ✗ D'un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part de l'Assuré ;
- ✗ Des frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que l'Assuré pratique ;
- ✗ Des dommages que vous avez causés ou subis lorsque l'Assuré pratique les sports suivants : bobsleigh, alpinisme ou varappe ;
- ✗ De la participation de l'Assuré en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérienne (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à un titre non-amateur ;
- ✗ Du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive ;
- ✗ De la pratique de tout sport à titre professionnel ;
- ✗ D'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;
- ✗ D'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;
- ✗ La guerre civile ou étrangère déclarée ou non ;
- ✗ La mobilisation générale ;
- ✗ Toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités ;
- ✗ Tout acte de sabotage ou de terrorisme ;
- ✗ Tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire ;
- ✗ Toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes ;
- ✗ Les catastrophes naturelles ;
- ✗ Les épidémies, tout risque infectieux ou chimique ;
- ✗ Toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernementale ;
- ✗ Tous les cas de force majeure.

5. GENERALITES

5.1 SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DECLARATION

5.1.1 Fausse déclaration des éléments constitutifs du risque

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque connus de l'Adhérent l'expose aux sanctions prévues par le Code des assurances, c'est-à-dire : réduction d'indemnité ou nullité du Contrat (articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances).

5.1.2 Fausse déclaration des éléments constitutifs du sinistre

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du sinistre (date, nature, cause, circonstances ou conséquences) connus de l'Adhérent l'expose, en cas de mauvaise foi, à la déchéance de garantie.

5.2 LIMITATION DE RESPONSABILITE

L'engagement d'AXA repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

AXA ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un Bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

AXA ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

5.3 SUBROGATION DANS LES DROITS ET ACTIONS DE L'ASSURE

AXA est subrogée dans les droits et actions du Bénéficiaire contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention et/ou son indemnisation, à concurrence des frais engagés et/ou des indemnités réglées en exécution du Contrat.

5.4 PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions prévues par l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription (Article 2240 du code civil).

- La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du code civil). L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du code civil).

- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du code civil).

- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du code civil).

- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du code civil).

- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du code civil).

Conformément ce même article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est également interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

- par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Enfin, conformément à l'article L.114-3 du code des assurances, par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance 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.

5.5 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

En qualité de responsable de traitement, les informations concernant les Assurés sont collectées, utilisées et conservées par les soins d'AXA pour la souscription, la passation, la gestion et l'exécution du présent Contrat, conformément aux dispositions de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles et conformément à sa politique de protection des données personnelles telle que publiée sur son site internet.

Ainsi, dans le cadre de ses activités, AXA pourra :

Utiliser les informations de l'Assuré ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans la présente Notice. En utilisant les services d'AXA, l'Assuré consent à ce qu'AXA utilise ses données à cette fin ;

Transmettre les données personnelles de l'Assuré et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA, aux prestataires de services d'AXA, au personnel d'AXA, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier de sinistre de l'Assuré, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son Contrat, procéder aux paiements, et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet ;

Procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques de l'Assuré dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus ;

Procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter nos produits aux besoins du marché ;

Obtenir et conserver tout document photographique pertinent et approprié du bien de l'Assuré, afin de fournir les services proposés dans le cadre de son contrat d'assistance et valider sa demande ; et

Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA et autres communications relatives au service clients.

Utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

AXA est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, AXA met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la Loi en la matière. Les données recueillies peuvent être communiquées aux autres sociétés du Groupe AXA ou à un tiers partenaire, y compris pour une utilisation à des fins de prospection commerciale. Si l'Assuré ne souhaite pas que ses données soient transmises aux sociétés du Groupe AXA ou à un tiers pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, il peut s'y opposer en écrivant au :

Délégué à la Protection des données AXA Assistance

8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff

Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

Pour toute utilisation des données personnelles de l'Assuré à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA sollicite son consentement.

L'Assuré peut revenir à tout moment sur son consentement.

En souscrivant au présent contrat et en utilisant ses services, l'Assuré reconnaît qu'AXA peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce qu'AXA utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où l'Assuré fournit à AXA des informations sur des tiers, l'Assuré s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du site internet d'AXA (voir ci-dessous).

L'Assuré peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. Il dispose d'un droit d'information sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité du site AXA – voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

Si l'Assuré souhaite connaître les informations détenues par AXA à son sujet, ou s'il a d'autres demandes concernant l'utilisation de ses données, il peut écrire à l'adresse suivante :

Délégué à la protection des données AXA Assistance

8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff

Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

L'intégralité de notre politique de confidentialité est disponible sur le site : axa-assistance.fr ou sous format papier, sur demande.

5.6 RECLAMATIONS ET MEDIATION

En cas de désaccord concernant la gestion du contrat, les Bénéficiaires s'adressent en priorité à leur interlocuteur privilégié afin de trouver des solutions adaptées aux difficultés rencontrées.

Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante, les Assurés peuvent adresser leur réclamation par courrier à l'adresse suivante :

AXA Assistance - Service Gestion Relation Clientèle

8/10 rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff

Ou sur le site internet à partir de la rubrique « contact » :

www.axa-assistance.fr/contact

AXA s'engage à accuser réception sous dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai.

Une réponse sera adressée dans un délai maximum de deux (2) mois, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire.

Après un délai de deux mois à compter de la première réclamation écrite, les Assurés peuvent faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

Ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet :

www.mediation-assurance.org.

Ce recours est gratuit. L'avis du Médiateur ne s'impose pas et laissera toute liberté à l'Assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet.

La Charte de « la Médiation de l'Assurance » est également consultable sur le lien suivant :

www.mediation-assurance.org/medias/mediationassurance/Charte_V2.pdf

5.7 AUTORITE DE CONTROLE

INTER PARTNER ASSISTANCE est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique située Boulevard de Berlaimont 14 – 1000 Bruxelles – Belgique - TVA BE 0203.201.340 – RPM Bruxelles – (www.bnb.be). La succursale française d'IPA est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

5.8 LOI APPLICABLE – COMPETENCE JUDICIAIRE

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du Contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : IRCEM MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité. Inscrite en France au répertoire SIRENE sous le n° 438 301 186 située au 261, avenue des Nations-Unies B.P. 593 - 59060 Roubaix cedex 1.
Produit : GARANTIE SANTÉ

Le présent document constitue un résumé des principales garanties et exclusions du produit « Garantie Santé ». Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Des informations précontractuelles et contractuelles complètes sur le produit « Garantie Santé » sont fournies dans le Règlement mutualiste, qui précise les différentes garanties ainsi que les conditions de mise en œuvre, et le Certificat d'adhésion qui précise vos choix. Les niveaux de remboursement sont détaillés dans le Tableau de garanties, ils varient suivant le niveau de garanties choisi et mentionné au Certificat d'adhésion (Formule Essentiel, Formule Tranquillité ou Formule Premium).

De quel type d'assurance s'agit-il ?

« Garantie Santé » est un contrat d'assurance individuel dont l'objet est de rembourser tout ou partie des Frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française.

A noter qu'il peut subsister un reste à charge pour l'assuré après intervention de la complémentaire santé.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les actes pris en charge par la Sécurité sociale (S.s), à hauteur de la formule souscrite.

Les prestations sont soumises à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garanties souscrit et une somme peut rester à charge.

Garanties systématiquement prévues :

SOINS COURANTS

- ✓ Consultations - Visites généralistes / spécialistes,
- ✓ Auxiliaires médicaux, analyses et examens de laboratoire,
- ✓ Actes de spécialité, imagerie médicale,
- ✓ Médicaments prescrits et remboursés par la S.s,
- ✓ Petit et grand appareillage pris en charge par la S.s,
- ✓ Prothèses liées à la chimiothérapie : capillaires et mammaires sur prescription médicale.

OPTIQUE

- ✓ Montures et verres - Classe A, 100% santé,
- ✓ Verres - Classe B, hors 100% santé,
- ✓ Prestations sur verres et montures,
- ✓ Lentilles prescrites et remboursées par la S.s.

DENTAIRE

- ✓ Soins et prothèses 100% santé,
- ✓ Soins et prothèses acceptées par la S.s hors 100% santé,
- ✓ Inlay-Onlay, Orthodontie acceptée par la S.s.

HOSPITALISATION

- ✓ Soins, actes, honoraires hospitaliers,
- ✓ Forfait journalier hospitalier,
- ✓ Frais de séjour,
- ✓ Soins externes,
- ✓ Transport.

AIDES AUDITIVES

- ✓ Équipements 100% santé (classe1) et hors 100% santé (classe2),
- ✓ Accessoires, piles et réparations.

PRÉVENTION

- ✓ Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue,
- ✓ Prestations de prévention,
- ✓ Vaccins non remboursés par la S.s (dont vaccin anti-grippe),
- ✓ Bilan postural.

Garanties prévues selon la formule choisie :

- Forfait médicaments, forfait matériel médical,
- Montures, lentilles prescrites et non remboursées par la S.s,
- Soins et prothèses dentaires refusées par la S.s,
- Implantologie et parodontologie,
- Chambre particulière, frais d'accompagnement,
- Forfait aides auditives,
- Forfait ostéopathe, diététicien, pédicure, podologue, psychologue.

Assistance et services systématiquement prévus :

- ✓ Prestations d'assistance,
- ✓ Réseau de soins,
- ✓ Services ANGEL,
- ✓ Action sociale.

Les garanties précédées de ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf stipulation contraire prévue par le règlement.
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les éventuels suppléments pour confort personnel en cas d'hospitalisation (téléphone, télévision, etc.).



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Nos garanties sont en conformité avec les exigences posées par l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux « contrats responsables et solidaires » et les décrets pris pour son application, et s'inscrivent dans le respect du parcours de soins coordonnés.

Nos garanties ne prennent pas en charge :

- ! La contribution forfaitaire prélevée par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les actes et consultations des médecins et sur les actes de biologie médicale ;
- ! Les franchises applicables, laissées à la charge de l'assuré, sur les médicaments, les actes paramédicaux (sauf effectués lors d'une hospitalisation) et sur les frais de transport médical ;
- ! La baisse du remboursement de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins ou de refus du patient d'accorder l'accès à son dossier médical personnel ;
- ! La part forfaitaire du dépassement d'honoraires des spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant.

Votre contrat comporte par ailleurs certaines restrictions en respect de la réglementation liée aux contrats responsables et solidaires.

- ! Pour l'optique : prise en charge d'un équipement optique (monture et 2 verres) tous les 2 ans à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.
- ! Pour les dépassements d'honoraires des médecins : dès lors que votre contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires, les taux de prise en charge indiqués aux tableaux de garanties sont minorés de 20 % et plafonnés à 200 % lorsque le médecin n'a pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées.

Autres restrictions :

- ! Plafonnement des remboursements au montant des frais réellement engagés.
- ! Pour l'hospitalisation : Ne sont pas pris en charge les soins et les prestations réalisés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties s'exercent dans le Monde entier, dès lors que l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) intervient.
- ✓ Ne sont pas pris en charge les actes non remboursés par la Sécurité sociale effectués en dehors du territoire français sauf ceux indiqués dans le Règlement mutualiste.



Quelles sont mes obligations ?

• A la souscription du contrat

- Être salarié cotisant à l'Ircem Agirc-Arrco ou bénéficiaire d'une pension de retraite complémentaire par l'Ircem Agirc-Arrco ou particulier employeur ainsi que son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un PACS ainsi que les enfants et petits-enfants dans certains cas.
- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés.

• Obligation en cours de contrat

- Régler la cotisation conformément aux dispositions prévues au contrat (montant et échéances).
- Fournir à l'Ircem Mutuelle toutes pièces et documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'Ircem Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer l'Ircem Mutuelle d'un changement de situation, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance de l'un de ces événements : changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité, changement de profession.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique, aux échéances et modalités prévues au contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Début de la couverture

La couverture de l'assuré débute au plus tôt à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Cette date doit être obligatoirement postérieure à la date de réception du dossier complet d'adhésion.

Les frais de santé engagés sont alors couverts dans la limite des garanties souscrites à compter de cette date d'effet, sous réserve de l'application éventuelle d'un délai d'attente :

- pour la chambre particulière : le délai d'attente est de 3 mois en cas de maladie et de 9 mois pour la maternité.
 - pour les forfaits optiques, l'orthodontie, les forfaits complémentaires de prothèses dentaires et autres prothèses : le délai d'attente est de 3 mois.
- Sauf cas particuliers mentionnés sur le Règlement mutualiste.

Droit de renonciation

L'assuré peut renoncer à son adhésion dans les 14 jours qui suivent la date de souscription, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Fin de la couverture

La couverture de l'assuré prend fin à la date d'effet de la résiliation du contrat qu'elle soit à l'initiative de l'assuré ou de l'Ircem Mutuelle (en cas de non-paiement des cotisations).



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation peut être notifiée par lettre ou tout autre support durable, déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur, acte extrajudiciaire, via le site www.ircem.com s'agissant d'un contrat pouvant être souscrit en ligne. Nous vous invitons à l'adresser à notre Centre de gestion des frais de santé : UNI SANTE PREVOYANCE – 34 rue des moulins – CS 40003 – 51715 REIMS CEDEX.

Résiliation à tout moment :

À l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification par l'Ircem Mutuelle.

Résiliation en cas de survenance d'un événement particulier :

En cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, de changement de régime matrimonial, de changement de profession, de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. Cette résiliation peut intervenir dans les 3 mois suivant l'évènement et prend effet un mois après sa notification.



Assistance Santé

Document d'information sur le produit d'assurance



Assureur du produit : Inter Partner Assistance, société immatriculée en Belgique sous le N°415 591 055 -
Prise au travers de sa succursale française immatriculée sous le n° 316 139 500.
Référence du produit : IRCEM Assistance Santé N°0804629

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle (Notice d'information et/ou Conditions Générales).

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit se compose de garanties d'assistance distribuées en inclusion du contrat santé souscrit par l'Assuré.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Assistance en cas d'Hospitalisation dès l'ambulatorio ou d'Immobilisation à Domicile de plus de 5 jours.

- ✓ Aide-ménagère à Domicile (Gamme Essentielle et Tranquillité : 20h sur 20j ; Gamme Premium : 30h/20j)
- ✓ Garde malade (Gamme Essentielle et Tranquillité : 20h sur 20j ; Gamme Premium : 30h/20j)
- ✓ Présence d'un Proche au chevet (Trajet A/R + Hôtel 80 €/nuit pour 3 nuits max)
- ✓ Garde des enfants de moins de 16 ans (Gamme Essentielle et Tranquillité : 20h sur 20j ; gamme Premium : 30h/20j)
- ✓ Soutien scolaire (15h/semaine et pendant l'année scolaire en cours)
- ✓ Garde des animaux domestiques (transfert et/ou garde dans la limite de 250 €)

Assistance aux personnes

- ✓ Rapatriement médical (frais réels, pour les Gammes Tranquillité et Premium)

Services du Pack ANGEL

- ✓ Chat médico-social
- ✓ Entretien prévention cancer
- ✓ Soutien psychologique (4 consultations maximum)
- ✓ Second avis médical (1/an)
- ✓ Services additionnels dans les limites prévues au sein des

Conditions générales d'utilisation du site angel.fr : application de Prévention Bien-être ; téléconsultation médical ; livraison de médicaments, accès au réseau de soins Itelis ; accès au palmarès des hôpitaux.

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ L'organisation de tout ou partie des garanties prévues au contrat sans l'accord préalable de l'assureur ne peut donner lieu à remboursement.
- ✗ Les frais non justifiés par des documents originaux.
- ✗ Toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES :

Les conséquences résultant :

- ! De l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- ! De la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye ;
- ! De la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat ;
- ! Du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- ! De la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires ;
- ! Toutes interventions et / ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier ;
- ! Les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique ;
- ! Les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation ;
- ! Les interruptions volontaires de grossesse,
- ! Les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et / ou nécessitant des soins ultérieurs programmés,
- ! Les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les 6 mois avant la date de demande d'assistance,
- ! Les tentatives de suicide et leurs conséquences.
- ! Pour l'hospitalisation : Ne sont pas pris en charge les soins et les prestations réalisés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).



Où suis-je couvert(e) ?

✓ Les garanties s'exercent en France métropolitaine y compris la Corse, sauf la garantie Rapatriement médical qui s'exerce dans le Monde entier.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie :

• A la souscription du contrat

- Répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque lui permettant d'apprécier les risques qu'il prend en charge,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

• En cours de contrat

- Déclarer toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence d'aggraver les risques pris en charge soit d'en créer de nouveaux.

• En cas de sinistre

- Déclarer tout sinistre de nature à mettre en jeu l'une des garanties dans les conditions et délais impartis et joindre tous documents utiles à l'appréciation du sinistre.
- Informer des garanties éventuellement souscrites pour les mêmes risques en tout ou partie auprès d'autres assureurs, ainsi que tout remboursement que vous pourriez recevoir au titre d'un sinistre.
- Retourner le dossier d'indemnisation complet ainsi que la copie du contrat et/ou les documents justificatifs nécessaires et spécifiques à chaque garantie.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La prime d'assurance est payable d'avance par l'Adhérent au contrat IRCM soit annuellement (en début de contrat) soit mensuellement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Votre contrat prend effet à la date indiquée au Bulletin d'Adhésion. Il est conclu pour une durée d'un an renouvelable et est reconduit pour une nouvelle période annuelle sauf résiliation, par l'assuré ou l'assureur, dans les conditions prévues au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Les conditions de résiliation sont fixées par votre Contrat d'assurance étant précisé que, pour les contrats d'une durée annuelle, l'Assuré peut résilier son contrat en adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance de ce contrat (article L113-12 du Code des assurances).



SOUSCRIVEZ, c'est simple et rapide !



EN LIGNE

Rendez-vous sur www.ircem.com



en scannant ce QR code
depuis votre smartphone



PAR TÉLÉPHONE

Nos conseillers sont à votre écoute
du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00



0980 980 390

(appel non surtaxé)



PAR COURRIER en 3 étapes

- 1 Complétez et signez votre demande d'adhésion, le mandat de prélèvement, le mandat de résiliation de votre mutuelle actuelle et la fiche de conseil en assurance.
- 2 Joignez votre attestation d'Assurance Maladie et celle de vos bénéficiaires (téléchargeables depuis votre compte ameli.fr) ainsi que votre Relevé d'Identité Bancaire.
- 3 Faites une copie recto/verso de votre pièce d'identité en cours de validité : carte nationale d'identité, carte de séjour ou les 4 premières pages du passeport.

Envoyez l'ensemble de ces documents sous enveloppe non affranchie à : IRCÉM MUTUELLE - LIBRE RÉPONSE 88709 - 59069 ROUBAIX CEDEX 1.

- La demande d'adhésion complétée et signée
- Le mandat de prélèvement complété et signé
- Le mandat de résiliation de votre mutuelle actuelle ou le certificat de radiation
- La fiche de conseil en assurance signée (exemplaire " À renvoyer ")
- Votre attestation d'Assurance Maladie
- Les attestations d'Assurance Maladie de vos bénéficiaires
- Votre Relevé d'Identité Bancaire
- La copie recto/verso de votre pièce d'identité en cours de validité
- Un certificat de scolarité pour les enfants âgés de plus de 18 ans