

● Règlement mutualiste des garanties frais de santé individuelles

Règlement au 01/01/2012

● Harmonie Santé Services Garantie d'assistance

Assurée par Ressources Mutuelles Assistance

Notice d'information au 01/01/2012

● Harmonie Protection Juridique Médicale

Assurée par Matmut Protection Juridique

Notice d'information au 01/01/2012



● Règlement mutualiste des garanties frais de santé individuelles

∴ Article 1

Objet du règlement

Le présent règlement mutualiste, régi par le Code de la Mutualité, a pour objet de définir le contenu des engagements réciproques entre, d'une part, la mutuelle et, d'autre part, ses membres honoraires et ses membres participants (ces derniers étant ci-après dénommés adhérents) qui ont souscrit à titre individuel une garantie de frais de santé.

Le bulletin d'adhésion à la mutuelle précise l'identité des personnes garanties ou bénéficiaires des prestations fournies par la mutuelle, autres que les membres participants eux-mêmes.

Le présent règlement est complété d'un tableau descriptif des garanties choisies par l'adhérent, pour lui-même et ses ayants droits.

TITRE I - ENGAGEMENTS ENTRE LES MEMBRES PARTICIPANTS ET LA MUTUELLE

CHAPITRE I

Dispositions générales

∴ Article 2

Risques couverts

Les garanties individuelles de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

Des garanties supplémentaires peuvent être incluses selon la garantie « frais de santé » souscrite et ce conformément aux dispositions du chapitre 3 du présent règlement. Celles-ci font partie intégrante et suivent le sort du présent règlement.

∴ Article 3

Adhésion à la Mutuelle

3.1. Modalités d'adhésion

Toute personne couverte par un régime d'Assurance maladie obligatoire français peut adhérer à la Mutuelle, pour lui-même et/ou ses ayants droit (tels que définis à l'article 3.2), en signant un bulletin d'adhésion.

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion les garanties choisies. Il s'engage à renseigner avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la mutuelle une mise en oeuvre précise des garanties souscrites.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des statuts de la mutuelle, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement, par le tableau descriptif

des garanties choisies et par les notices d'information des garanties supplémentaires éventuellement souscrites. La mutuelle remet à l'adhérent, préalablement à la signature du bulletin d'adhésion, un exemplaire de l'ensemble de ces documents.

3.2. Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion :

- l'adhérent
- les ayants droit de l'adhérent :
 - son conjoint, son concubin, son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité,
 - ses enfants ou ceux de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, jusqu'à la fin de l'année civile de leur 27^e anniversaire,
 - toute autre personne à sa charge.

3.3. Garantie des enfants ayants droit de l'adhérent

La garantie des enfants ayants droit de l'adhérent est la même que celle de l'un des parents, et est identique pour tous les enfants.

3.4. Prise d'effet de l'adhésion

Sauf date expressément prévue au bulletin d'adhésion, l'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la mutuelle.

3.5. Durée de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée de un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article 5.

∴ Article 4

Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à la mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoire français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation, dans les modalités décrites à l'article 9.

En cas de déménagement, la cotisation sera ajustée au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception par la mutuelle du courrier l'informant du changement d'adresse

4.1. Nouveaux bénéficiaires

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

Bénéficiaire	Date d'effet de la modification
Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption	Au jour de naissance ou d'adoption, et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un Pacte Civil de Solidarité	Au jour de l'événement, et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Autres bénéficiaires	Au jour de la demande.

4.2. Changement de garantie à l'initiative de l'adhérent

L'adhérent pourra demander une modification de la garantie de frais de santé, pour lui-même ou pour l'un de ses ayants droit (en respectant les conditions de l'article 3.3), douze mois après la date d'adhésion, ou douze mois après la date du précédent changement de garantie.

Le changement de garantie prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande par la mutuelle.

4.3. Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au premier jour du mois suivant la réception de leur demande par la mutuelle.

4.4. Evolution des garanties à l'initiative de la mutuelle

Les garanties peuvent être modifiées par l'Assemblée Générale de la mutuelle ou par le Conseil d'Administration, quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière. Ces modifications prennent effet dès lors qu'elles ont été notifiées à l'adhérent.

∴ Article 5 Résiliation de la garantie, radiation, exclusion, nullité

5.1. A l'initiative de l'adhérent

5.1.1. Résiliation en fin d'année ou radiation d'un de ses ayants droit

L'adhérent peut mettre fin à la garantie ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année ou dans un délai de 20 jours suivant l'envoi de l'avis d'échéance annuelle, si celui-ci est reçu après le 15 octobre.

La demande de résiliation, ou la demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la mutuelle jusqu'à cette même date.

5.1.2. Résiliation à titre exceptionnel

A titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants :

Événement	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'assurance maladie obligatoire français par l'adhérent	La résiliation prend effet au jour de l'événement, sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement, et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.
Attribution de la CMU à l'adhérent	
Adhésion de l'adhérent à un contrat collectif obligatoire.	
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès

La mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

5.1.3. Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

Événement	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit	La radiation prend effet au jour de l'événement, sous réserve que la demande de radiation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement, et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Attribution de la CMU à l'ayant droit	
Adhésion de l'ayant droit à un contrat collectif obligatoire	
Décès de l'ayant droit	La radiation prend effet au jour du décès.
Divorce ou séparation	La radiation prend effet au jour de la demande

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

5.2. A l'initiative de la mutuelle

5.2.1. En cas de non-paiement

La mutuelle peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article 11.3.

5.2.2. Nullité et exclusion en cas de fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la mutuelle sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

La mutuelle se réserve le droit d'exclure l'adhérent en cas de fausse déclaration intentionnelle en complément de sa faculté de demander la nullité. Des poursuites pourront être engagées contre l'adhérent ou ses ayants droits pour récupération des sommes indûment payées.

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

5.3. Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, des garanties ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

A compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou encore d'exclusion, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la mutuelle la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

La résiliation des garanties santé entraîne de plein droit la perte du bénéfice des garanties supplémentaires, éventuellement incluses, telles que définies au chapitre 3.

CHAPITRE II Garanties frais de santé

∴ Article 6

Cadre général

6.1. Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties de la mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci ou, pour certaines prestations, à l'expiration du délai de stage

prévu à l'article 7.1 du présent règlement.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées à l'article 11 du présent règlement.

6.2. Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au tableau descriptif des garanties, le remboursement de la Mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (N.G.A.P.) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (C.C.A.M.), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf décision contraire du conseil d'administration de la Mutuelle, agissant par délégation de son assemblée générale, les montants des remboursements de la Mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

6.3. Pluralité de garanties frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

6.4. Limites de remboursement

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

6.5. Limitation de prise en charge

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés », défini à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » les garanties régies par le présent règlement ne prennent pas en charge :

- les participations, forfaitaires ou non, et les franchises annuelles laissées à la charge de l'assuré en application de l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale ;
- la participation forfaitaire laissée à la charge des assurés par l'Assurance maladie obligatoire sur les consultations, actes médicaux ou de biologie médicale,
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,
- la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter,
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

6.6. Non prise en charge de certaines prestations :

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la mutuelle :

- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire,
- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatifs, psychopédagogiques et professionnels, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

➤ Article 7 Versement des prestations

7.1. Stage

Il est appliqué un délai de stage d'une durée de 3 mois en hospitalisation calculé à partir de la date d'effet de la garantie indiquée au bulletin

d'adhésion ou de la date d'effet de l'avenant pour les bénéficiaires inscrits postérieurement.

Toutefois, ce délai de stage ne s'applique pas :

- lorsque les soins en cause sont consécutifs à un accident. Par accident, on entend toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La preuve de la cause accidentelle de l'hospitalisation incombe au bénéficiaire des soins.
- lorsque les bénéficiaires peuvent justifier, sur présentation d'un certificat de radiation, qu'ils bénéficiaient, antérieurement à leur adhésion à la mutuelle, d'une garantie complémentaire santé, résiliée dans les trois mois précédant cette adhésion.
- Lorsque les enfants nouveau-nés ou adoptés sont inscrits dans les 12 mois suivants leur naissance ou adoption.

7.2. Règlement des prestations

7.2.1. Calcul des prestations

Les prestations sont calculées sur la base des tarifs de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous ou sur des valeurs forfaitaires, déduction faite, le cas échéant, du remboursement du Régime obligatoire, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties choisies par l'adhérent, les prestations sont exprimées en pourcentage, la mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties choisies par l'adhérent.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

7.2.2. Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations sont :

- Les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception féminine ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de pré traitements et de contention en orthodontie, l'ostéopathie et la chiropractie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire,
- les dates de début et fin de séjour pour :
 - les cures thermales,
 - l'hospitalisation* ou la maternité**

*Chambre particulière et frais d'accompagnement pris en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

**Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

- les dates de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de naissance sous réserve de respect des conditions d'inscription décrites à l'article 4.1
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie
- date de survenance du décès

Toute date de référence antérieure à la date de fin de stage n'engendrera aucun versement de prestations.

7.2.3. Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire,
- des documents nécessaires à la mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires, factures détaillées, ou tout autre document justificatif),
- si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les garanties pour lesquelles il est nécessaire de connaître la position

de la dent et le matériau utilisé, un devis ou une facture détaillée doit être fourni(e) à la mutuelle. En leur absence les prestations seront calculées sur la base du remboursement minimal prévu par le tableau descriptif des garanties.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

7.2.4. Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

Dans le cas où des accords ont été passés avec des professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie de frais, les remboursements convenus sont alors adressés directement à ces professionnels de santé ou établissements.

7.3. Contrôle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (N.G.A.P.) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (C.C.A.M.) ainsi qu'aux conditions d'attribution de ses prestations, la mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées et de la prise en charge par le Régime obligatoire.

CHAPITRE III Garanties supplémentaires éventuellement incluses

Article 8 **Garanties obsèques indemnitaires, assistance et protection juridique**

8.1 Prestation obsèques indemnitaires

La prestation obsèques indemnitaire éventuellement incluse dans les garanties est assurée par la mutuelle.

Seuls les décès survenus à compter de la date d'entrée en vigueur de la garantie ou de la date d'effet de l'adjonction d'un bénéficiaire en cours de contrat seront pris en considération.

Cette prestation a pour objet d'assurer le remboursement des frais d'obsèques engagés suite au décès d'une personne garantie. Les frais de concession ne sont pas considérés comme faisant partie des frais d'obsèques. Ils ne sont donc pas remboursés.

Les remboursements sont effectués dans la limite

- des frais engagés,
- du montant garanti précisé dans le tableau descriptif des garanties.

La prestation est versée à la personne ayant supporté les frais, sur présentation :

- d'une facture acquittée,
- d'une copie d'acte de décès.

Elle est temporaire et indemnitaire. L'Assemblée générale de la mutuelle décide ainsi chaque année de sa suppression ou de son maintien et se prononce sur son montant et sur celui de la cotisation correspondante.

8.2 Garantie assistance

La garantie d'assistance est régie par un contrat collectif souscrit par la mutuelle auprès de Ressources Mutuelles Assistance, union technique d'assistance soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682, dont le siège social se situe : 46 rue du Moulin BP 62127 - 44121 Vertou Cedex.

Une notice d'information spécifique à cette garantie est remise aux bénéficiaires.

8.3 Garantie protection juridique médicale

La garantie « Protection juridique médicale » incluse dans les garanties est régie par un contrat collectif souscrit auprès de Matmut Protection Juridique, société anonyme au capital de 7 500 000 euros entièrement libéré. Entreprise régie par le code des assurances et immatriculée au RCS de Rouen sous le n° 423 499 391, ayant son siège social au 66 rue de Sotteville - 76100 Rouen.

Une notice d'information spécifique à cette garantie est remise aux bénéficiaires.

CHAPITRE IV Cotisations

Article 9 **Détermination et mode de calcul de la cotisation**

La cotisation est déterminée en fonction de la garantie choisie, du lieu d'habitation de l'adhérent, du régime d'Assurance maladie obligatoire, du nombre et de l'année de naissance des personnes garanties.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation.

9.1. Cotisations pour un adhérent ou un ayant droit jusqu'à son 27^e anniversaire

La cotisation d'un adhérent ou d'un ayant droit jusqu'à la fin de l'année civile de son 27^e anniversaire pouvant justifier d'une des situations suivantes

- Etudiant,
- Apprenti,
- Intérimaire,
- A la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée, en contrat d'insertion professionnelle,
- Handicapé ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire française, sera celle d'un adhérent ou d'un ayant droit âgé de 19 ans à la fin de l'année civile.

9.2. Minoration de cotisations

Une minoration de cotisations, dont le montant est fixé par l'Assemblée générale, ou le Conseil d'administration lorsqu'il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière, peut être appliquée selon la garantie, à un bénéficiaire, en cas :

- d'inscription du conjoint, concubin, partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité comme ayant droit avec la même garantie,
- d'inscription d'un adhérent relevant du régime des travailleurs non salariés de moins de 65 ans,
- de prise en charge de l'adhérent ou de l'ayant droit au titre des affections de longue durée, sous réserve de produire la notification délivrée par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.

Les minorations ci-dessus ne sont pas cumulables.

9.3. Majoration de cotisations

Pour toute nouvelle adhésion intervenant à partir du 1^{er} janvier qui suit l'anniversaire des 65 ans du bénéficiaire, la cotisation est majorée. Son montant est fixé par l'Assemblée générale ou par le Conseil d'administration de la mutuelle sur délégation de l'Assemblée générale.

Cette majoration ne s'applique pas lorsque le bénéficiaire peut justifier, sur présentation d'un certificat de radiation, qu'il bénéficiait, antérieurement à son adhésion à la mutuelle, d'une garantie complémentaire santé, résiliée dans les trois mois précédant cette adhésion.

9.4. Exonération de paiement de cotisations

9.4.1. Naissance ou adoption

L'adhérent qui inscrit un enfant dans les trois mois qui suivent sa naissance ou son adoption peut être, selon la garantie, dispensé du paiement de la cotisation de cet enfant à partir de la date d'effet de son inscription définie à l'article 4.1 et ce, pendant douze mois.

9.4.2. Gratuité à partir du 3^e enfant

La présence de deux enfants en tant qu'ayants droit n'ayant pas atteint leur 27^e anniversaire à la fin de l'année civile ouvre droit à l'exonération de cotisation pour les autres enfants plus jeunes ou du même âge.

9.4.3. Cas particulier

L'adhérent, pouvant se prévaloir d'une ancienneté d'au moins 24 mois consécutifs dans une garantie santé de la mutuelle au jour de la perte de son emploi salarié, survenue à compter du 1^{er} janvier 2012 et donnant lieu à une indemnisation par l'Assurance chômage pendant une période d'au moins un mois, peut bénéficier de la dispense du paiement d'une fraction de sa cotisation annuelle.

La fraction de la cotisation annuelle exonérée correspond à la cotisation totale due pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie pour la période des deux mois qui suivent la demande de l'adhérent.

La même dispense de paiement est accordée en cas de perte d'emploi salarié du conjoint, du concubin, ou du partenaire de l'adhérent lié à lui par un pacte civil de solidarité et ayant la qualité d'ayant droit au sens du présent règlement (ci après dénommé le Conjoint), si cette perte d'emploi survient à compter du 1^{er} janvier 2012 et donne lieu à une indemnisation par l'Assurance chômage pendant une période d'au moins un mois et si le Conjoint peut se prévaloir d'une ancienneté d'au moins 24 mois consécutifs dans une garantie santé de la mutuelle au jour de la perte de son emploi salarié.

La dispense de paiement est accordée, sur demande écrite de l'adhérent sous réserve que :

- cette demande soit adressée à la mutuelle au plus tard dans les 6 mois qui suivent le premier versement des allocations de l'Assurance chômage,
- l'adhérent n'ait pas reçu une mise en demeure de payer ses cotisations au jour de la demande.

La dispense de paiement est accordée une fois par bénéficiaire (adhérent ou conjoint) et par année civile. Toutefois, la même période de chômage ne donne lieu qu'à une seule dispense de paiement, y compris si elle se poursuit au-delà de la fin de l'année civile au cours de laquelle elle a commencé.

La dispense de paiement cesse lorsque la garantie de l'adhérent est résiliée ou lorsque le Conjoint est radié.

Cette dispense de paiement de cotisation ne peut donner lieu à un quelconque versement par la mutuelle d'une somme d'argent. Ainsi, si l'adhérent bénéficie d'aides sociales directement affectées au paiement des cotisations de la présente garantie, la dispense de paiement sera accordée dans la limite du montant de la cotisation effectivement à la charge de l'adhérent.

L'adhérent doit fournir la copie de la lettre d'admission au bénéfice des allocations de l'Assurance chômage, ainsi que l'avis de situation, l'attestation des périodes de chômage indemnisées ou une attestation de paiement fournis par l'Assurance chômage et correspondant au mois précédant la demande.

9.5. Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

En fonction de leurs revenus, certains adhérents peuvent de droit bénéficier d'une réduction de cotisation appelée « Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé » dont les conditions d'attribution et les montants sont déterminés par les pouvoirs publics. Pour bénéficier de cette réduction, l'adhérent doit remettre à la mutuelle une attestation délivrée par la Caisse d'Assurance maladie dont il dépend.

Les modalités de cette réduction de cotisation sont définies aux articles L 863-1 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Article 10 Évolution de la cotisation

Pour chacune des garanties santé individuelles, la cotisation est ajustée, chaque année au 1^{er} janvier par l'Assemblée générale de la mutuelle ou par le Conseil d'administration, lorsqu'il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière, notamment en fonction des résultats constatés, de l'évolution prévisible des dépenses de soins de santé et des modifications d'ordre législatives ou conventionnelles.

A titre exceptionnel, la cotisation peut également être modifiée en cours d'année par l'Assemblée générale ou le Conseil d'administration lorsqu'il a reçu délégation à cet effet de la part de l'Assemblée générale.

Article 11 Paiement de la cotisation

11.1. Règlement de la cotisation

L'adhérent s'engage à régler une cotisation pour lui-même et l'ensemble des ayants droit désignés au bulletin d'adhésion. La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance. Son paiement peut être fractionné au mois (par prélèvement automatique uniquement), au trimestre, au semestre - Le paiement intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion.

11.2. Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, la mutuelle se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiements qu'elle a accordées
- d'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) dont le montant est fixé par délibération du Conseil d'administration
- d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

11.3. Non-paiement de la cotisation

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

Après résiliation, l'adhérent pourra adhérer à nouveau :

- le lendemain de la date de la résiliation, si la demande d'adhésion parvient à la mutuelle dans les 6 mois à compter de cette date et à condition, pour l'adhérent, d'honorer les sommes dues ainsi que les cotisations venues à échéance,
- A défaut, 2 ans après la date de la résiliation, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la mutuelle comme une nouvelle adhésion.

CHAPITRE V Dispositions diverses

Article 12 Couverture des accidents

La mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues au présent règlement et selon les modalités prévues ci-après.

Elle se réserve le droit d'effectuer un recours subrogatoire en cas de tiers responsable.

12.1. Recours subrogatoire

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Sont également concernés les accidents d'origine sportive ou scolaire.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par

la mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

12.2. Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à la mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la mutuelle.

A défaut d'information par l'adhérent, la mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n°85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident.

12.3. Cas particulier des accidents sportifs et scolaires

La mutuelle n'intervient dans les remboursements de frais consécutifs à des accidents sportifs ou scolaires, qu'en complément de la Sécurité sociale et des organismes spécialisés couvrant ces risques et ce, dans la limite des tarifs conventionnels et des dépenses engagées.

Toutefois lorsque la mutuelle est signataire de conventions avec des organismes spécialisés dans les domaines des assurances scolaires ou sportives, elle participe aux remboursements des frais dans les limites fixées par voie conventionnelle, cette participation ne pouvant excéder 50 % des frais évalués sur le tarif de responsabilité.

12.4. Tiers payant en cas d'accident

Dans tous les cas, si les frais ne lui incombent pas ou ne lui incombent que partiellement, et si la mutuelle effectue le tiers payant des frais à titre d'avance, elle pourra intervenir en tiers payant subrogé de plein droit dans son action contre le responsable ou l'organisme à qui incombe la totalité ou une partie des frais.

Article 13

Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance. En cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

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

13.1. Prestations

Les demandes de paiement des prestations devront être produites dans un délai de 2 ans à compter de la date du décompte de l'Assurance maladie obligatoire ou à compter de la date de la facture en cas de prestations non prises en charge par le régime obligatoire.

13.2. Cotisations

Toute action relative au versement des cotisations se prescrit par 2 ans à compter de la date d'exigibilité des cotisations.

Article 14

Informatique et libertés

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et le cas échéant, rectification des informations la concernant.

Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège de la mutuelle.

Article 15

Échanges de données informatisées

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la mutuelle.

Article 16

Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (A.C.P.), située au 61, rue Taitbout, 75436 PARIS cedex 09.

TITRE II - ENGAGEMENTS ENTRE LES MEMBRES HONORAIRES ET LA MUTUELLE

Article A : Les membres honoraires de la mutuelle sont les personnes physiques et morales définies à l'article 7 des statuts de la mutuelle.

Article B : Les membres honoraires s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle.

La cotisation est payable en une seule fois par chèque bancaire ou postal ou prélèvement, selon les modalités précisées dans le bulletin d'adhésion.

Article C : L'adhésion étant annuelle et expirant le 31 décembre, les membres honoraires peuvent démissionner en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception au président de la mutuelle, au plus tard le 31 Octobre. A défaut, leur adhésion est reconduite tacitement.

Article D : En cas de défaut de paiement de la cotisation annuelle, les membres honoraires sont radiés dans les trois mois suivant l'échéance annuelle, conformément aux stipulations des statuts de la mutuelle. La décision de radiation est prise par le Conseil d'administration directement ou sur délégation de celui-ci.

Article E : Peuvent également être exclus les membres honoraires qui portent préjudice aux intérêts de la mutuelle, dans les conditions prévues par les statuts de la mutuelle.

Harmonie Santé Services Garantie d'assistance

NOTICE D'INFORMATION

Définitions

Pour l'application de la présente notice, on entend par :

Accident : toute lésion corporelle provenant d'un événement soudain, imprévisible et extérieur au bénéficiaire.

Ayants droit : les ayants droit de la personne ayant adhéré à Harmonie Mutualité sont ceux inscrits comme tels par cet adhérent au titre de sa garantie santé.

Bénéficiaire : la personne ayant adhéré à Harmonie Mutualité et ses ayants droit.

Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive.

Domicile : le lieu de résidence principale ou habituelle du bénéficiaire ou de ses ayants droit, résidant en France métropolitaine, DROM ou à Monaco, mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu.

DROM : Départements et Régions d'Outre Mer : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et Réunion.

Handicap : la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, causée par une déficience qui provoque une incapacité, permanente ou non, et qui mène à un stress et à des difficultés morales, intellectuelles, sociales ou (et) physiques.

Hospitalisation : tout séjour dans un établissement de santé, effectué dans le but de recevoir des soins à la suite d'un accident ou d'une maladie. L'établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique) doit être habilité à pratiquer des actes et dispenser des traitements auprès des personnes malades ou accidentées et détenir toutes les autorisations administratives et sanitaires requises.

Maladie : altération de la santé médicalement constatée.

Personne dépendante : toute personne présentant un état de dépendance et qui est déclarée fiscalement à la charge du bénéficiaire et vivant sous le même toit que lui.

Article 1

Objet - Bénéficiaires

La présente notice d'information a pour objet de définir la garantie d'assistance dont bénéficie toute personne résidant en France métropolitaine, DROM ou à Monaco (et le cas échéant, ses ayants droit) ayant adhéré à Harmonie Mutualité par le biais d'un règlement mutualiste ou d'un contrat collectif santé.

La présente notice d'information consiste en un résumé des dispositions prévues dans le contrat collectif d'assurance souscrit par Harmonie Mutualité, dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

Article 2 Prise d'effet et durée des garanties

La garantie d'assistance prend effet à la même date que les garanties frais de santé d'Harmonie Mutualité.

La garantie d'assistance suit le sort d'une part, des garanties de frais de santé d'Harmonie Mutualité auxquelles elle est annexée et dont elle fait partie intégrante (date d'effet, durée, renouvellement, résiliation) et d'autre part, du contrat collectif d'assurance souscrit par Harmonie Mutualité auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

Article 3 Cadre juridique

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-après dénommée « Harmonie Santé Services » dans la présente notice d'information, union technique d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au registre national des mutuelles sous le n° 444 269 682. Siège social : 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex.

Ces garanties sont assurées conformément à un contrat collectif souscrit entre Ressources Mutuelles Assistance et Harmonie Mutualité au profit de ses adhérents frais de santé à jour de leurs cotisations.

Article 4 Couverture géographique

La présente garantie d'assistance est valable :

- au domicile du bénéficiaire
- à l'intérieur du département pour les déplacements des bénéficiaires résidant dans les DROM.

Article 5 Faits générateurs

Les prestations sont acquises en cas de maternité, d'accident, de maladie ou d'hospitalisation survenant à l'un des bénéficiaires. Harmonie Santé Services propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins, à raison d'une seule prestation par fait générateur, sauf dérogations accordées par le service social d'Harmonie Santé Services. La demande d'assistance doit être formulée dans un délai maximal de 10 jours après la date de survenue du fait générateur. Les prestations d'information et de soutien psychologique sont acquises en tout temps.

Article 6 Modalités de mise en œuvre

Contactez Harmonie Santé Services

du 1^{er} janvier au 31 décembre sans interruption, 24 heures sur 24,

- par téléphone :  **0 810 630 660**

PRIX D'UN APPEL LOCAL DEPUIS UN POSTE FIXE

- par télécopie : **02 51 83 26 31**
ou pour le médecin conseil **02 40 44 43 00**

Les services d'informations sont joignables
du lundi au vendredi de 8 h à 18 h.

Lors du 1^{er} appel, le bénéficiaire doit :

- rappeler son numéro d'adhérent de la garantie santé Harmonie Mutualité,
- préciser ses nom, prénom et adresse.

Un numéro d'assistance sera alors communiqué au bénéficiaire qui le rappellera dans le cadre du dossier en cours, lors de toutes ses relations ultérieures avec Harmonie Santé Services.

Article 7 Exécution des prestations

Les prestations garanties ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable d'Harmonie Santé Services et sur présentation des justificatifs demandés.

En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire n'est remboursée par Harmonie Santé Services. Harmonie Santé Services

ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence et, par conséquent, ne prend pas en charge les frais correspondants.

Dès l'appel de l'un des bénéficiaires, Harmonie Santé Services met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. Toutefois, Harmonie Santé Services se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Article 8 Prestations d'information

8.1. Conseil juridique et accompagnement social

Ce service d'information à caractère documentaire et réglementaire sur la législation sociale est destiné principalement à accueillir et orienter le bénéficiaire dans les domaines suivants :

- **la personne** : état civil, nom, nationalité, statut des étrangers, protection des majeurs ;
- **la structure de la famille** : mariage, divorce, séparation de corps, concubinage, PACS, obligations alimentaires ;
- **la maternité** : assurance maternité, femme enceinte et contrat de travail, interruption volontaire de grossesse ;
- **le statut de l'enfant** : naissance, filiation, adoption, autorité parentale, tutelle et émancipation des mineurs ;
- **les prestations familiales** : conditions générales d'attribution, différentes prestations, tutelle ;
- **l'accueil du jeune enfant** : congés de naissance, protection médico-sociale de l'enfant, assistantes maternelles, travailleuses familiales, établissements et services d'accueil des jeunes enfants, employés de maison, aides financières pour la garde des enfants ;
- **les jeunes** : scolarité, services de santé et service social en faveur des élèves, accidents et assurances scolaires, bourses, insertion professionnelle ;
- **la protection de la jeunesse** : aide sociale à l'enfance, protection judiciaire, défense des intérêts de l'enfant ;
- **l'emploi et le chômage** : salaire, rupture du contrat de travail, convention de conversion, RSA, insertion professionnelle des chômeurs ;
- **le budget** : surendettement ;
- **le logement** : aide personnalisée au logement et allocation logement, prêts et accession à la propriété, aides à l'amélioration de l'habitat ;
- **la maladie et l'accident** : prévention et médecine sociale, assurance maladie, accidents du travail, maladies professionnelles, protection complémentaire, hospitalisation à domicile ;
- **le handicap et l'invalidité** : dispositions en faveur des adultes ;
- **la retraite** : préretraite, retraite de base, retraite complémentaire, retraite des non-salariés, minimum vieillesse, aides à domicile, accueil familial des personnes âgées ou handicapées, APA ;
- **de l'aide sociale à l'aide juridique** : aide sociale, juridictionnelle, aide aux personnes âgées ;
- **le décès** : formalités, capital décès, pension de réversion, allocation veuvage.

Ces prestations sont uniquement téléphoniques.

Aucune information émanant de nos services d'information ne pourra porter sur une procédure en cours.

8.2. Information médicale

Il s'agit d'un service d'informations générales, animé par les médecins de l'équipe médicale d'Harmonie Santé Services, destiné à répondre à toutes questions de nature médicale notamment dans les domaines suivants : nouveaux traitements, effets secondaires, interactions entre médicaments, régimes spécifiques, vaccinations, mise en forme, diététique, puériculture.

Les médecins peuvent répondre à toutes questions concernant les bénéficiaires. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

Ce service est conçu pour écouter, informer et orienter et, en aucun cas, il ne peut remplacer le médecin traitant.

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (le 15 depuis un poste fixe et le 112 depuis un portable).

Toutefois, en cas de besoin, l'équipe médicale d'Harmonie Santé Services est présente, 24 heures sur 24, pour renseigner et orienter.

8.3. Services à la personne

Harmonie Santé Services est présente 24 heures sur 24 pour rechercher et communiquer les numéros d'appels téléphoniques :

- des structures de petits travaux de jardinage, de dépannage et petit bricolage à domicile, de soutien informatique, d'aide aux déplacements...
- des organismes qui fournissent à domicile une aide à la toilette, des soins esthétiques, une livraison de repas...

La prestation d'Harmonie Santé Services se limite à communiquer un ou plusieurs numéros téléphoniques : Harmonie Santé Services ne saurait, en aucun cas, recommander une entreprise, ni, a fortiori, être impliquée à propos de la qualité du travail exécuté ou à propos de la rapidité des interventions.

⚡ Article 9 Soutien psychologique par téléphone

Dans le cadre d'une situation liée à l'état de santé, un service d'écoute assuré par un psychologue clinicien diplômé est mis à disposition du bénéficiaire.

Le nombre d'entretiens téléphoniques de soutien sera déterminé avec le psychologue clinicien lors du 1^{er} rendez-vous (limité à 10 par année civile). Ces entretiens sont soumis à la confidentialité et leur coût est pris en charge par Harmonie Santé Services. Ils peuvent donner lieu à un conseil permettant une réorientation vers le réseau des praticiens en ville, si un suivi thérapeutique doit être envisagé.

⚡ Article 10 Prestations en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou de chimiothérapie ou de radiothérapie du bénéficiaire

Ces prestations s'appliquent également à la maternité en cas d'hospitalisation de plus de 6 jours, d'accouchement par césarienne ou de naissance multiple.

10.1. Aide à domicile

Harmonie Santé Services met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence d'un maximum de 6 heures.

Elle peut être portée à 10 heures, dans le cas où le bénéficiaire :

- a un enfant à charge de moins de 10 ans ;
- vit seul ;
- a un conjoint handicapé ou dépendant.

10.2. Aide à domicile pour tout traitement de chimiothérapie et/ou radiothérapie

Harmonie Santé Services met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile.

Un forfait annuel de 24 heures à répartir sur une durée de 12 mois glissants pourra être accordé, pendant la durée du traitement.

10.3. Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans

Harmonie Santé Services propose au bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfant compétente à domicile pour une période de 2 jours, à raison de 10 heures par jour pendant l'hospitalisation.

Pendant cette période de 2 jours, Harmonie Santé Services se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école.

Ou, si le bénéficiaire le souhaite, Harmonie Santé Services prend en charge :

- soit le voyage des enfants (en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, si seul ce moyen peut être utilisé) jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine ou Monaco (dans le même département pour les DROM),
- soit le transport aller et retour (en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, si seul ce moyen peut être utilisé) de ce proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants (dans le même département pour les DROM).

Cette prestation n'est pas cumulable avec la mise à disposition d'une garde d'enfant à domicile.

10.4. Garde des personnes dépendantes

Le bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant sous son toit.

Harmonie Santé Services fait le nécessaire pour :

- soit organiser et prendre en charge la garde de ces personnes à domicile pendant 2 jours, à raison de 10 heures par jour ;
- soit prendre en charge le coût du transport aller et retour (en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, si seul ce moyen peut être utilisé) de ces personnes chez des proches, résidant en France métropolitaine ou Monaco (dans le même département pour les DROM),
- soit prendre en charge le coût du transport aller et retour (en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, si seul ce moyen peut être utilisé) d'un proche jusqu'au domicile (dans le même département pour les DROM).

10.5. Garde des animaux familiers (chiens et chats)

Harmonie Santé Services prend en charge le gardiennage des animaux familiers (chiens, chats) à domicile ou dans un centre agréé. Cette prestation est limitée à 15 jours avec un maximum de 150 € TTC.

10.6. Présence d'un proche au chevet

Harmonie Santé Services organise, sans prendre en charge, le transport d'un proche, résidant en France métropolitaine ou Monaco, jusqu'au domicile du bénéficiaire (taxi, train, avion), ainsi que son hébergement à l'hôtel.

Les frais sont à la charge du proche.

10.7. Acheminements de médicaments

Si le bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, et si personne de son entourage ne peut lui venir en aide, Harmonie Santé Services lui envoie l'un de ses correspondants pour chercher les médicaments prescrits par son médecin, lors d'une visite (le coût des médicaments n'est pas à la charge d'Harmonie Santé Services) ; un certificat médical attestant de l'immobilisation sera demandé.

Cette prestation est limitée à trois interventions par an.

Harmonie Santé Services peut également se charger de rechercher, de manière occasionnelle, une personne pour :

- effectuer une démarche administrative ;
- faire des courses ;
- accompagner le bénéficiaire, lors d'une visite médicale.

Ces interventions sont à la charge du bénéficiaire.

⚡ Article 11 Prestations en cas d'enfant bénéficiaire, malade ou blessé

11.1. Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins de 16 ans

Garde d'enfants malades à domicile est un service permettant à l'adhérent ou le cas échéant à son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, bénéficiaire de la garantie d'assistance, de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où un de ses enfants est malade ou blessé, et a besoin de la présence d'une personne à son chevet à son domicile.

Harmonie Santé Services recherche et envoie une personne compétente, afin d'assurer cette garde. Le choix des personnes intervenant est dans tous les cas du seul ressort d'Harmonie Santé Services.

La prise en charge de cette garde est limitée, par accident ou maladie, à 10 heures par jour au sein des heures normales de travail, pendant 2 jours ouvrables.

Cette prestation ne s'appliquera qu'au-delà des jours accordés par la convention collective du salarié bénéficiaire en cas d'absences liées aux charges de famille.

Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé à : Plateforme d'assistance Harmonie Santé Services - 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex (ou par télécopie : 02 40 44 43 00), indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

Le bénéficiaire devra impérativement communiquer à Harmonie Santé Services les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'Harmonie Santé Services puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. Le bénéficiaire autorisera la

personne qui gardera l'enfant à joindre Harmonie Santé Services par téléphone (autant que nécessaire).

Venue d'un proche pour garder l'enfant malade ou blessé

À la demande du bénéficiaire, Harmonie Santé Services met à la disposition d'un proche, un billet aller et retour de train 1^{re} classe ou d'avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, pour lui permettre de se rendre au chevet de l'enfant, ceci uniquement au départ de France métropolitaine ou Monaco (dans le même département pour les DROM).

Cette prestation ne se cumule pas avec la mise à disposition d'une garde d'enfant à domicile.

11.2. École à domicile

La prestation « école à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital plus de 15 jours et l'empêchant de poursuivre sa scolarité. Harmonie Santé Services intervient à compter du 16^e jour calendaire.

Par domicile, on entend le lieu habituel d'habitation de l'enfant.

Selon les conditions définies ci-dessus, Harmonie Santé Services recherche et envoie au domicile de l'enfant un répétiteur scolaire afin de lui permettre de poursuivre sa scolarité dans les matières principales. Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général.

Harmonie Santé Services prend en charge les coûts occasionnés à raison de 10 heures par semaine, pendant 8 semaines, tous cours confondus, (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement du répétiteur).

Si des cours sont demandés par l'adhérent ou le cas échéant par son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, bénéficiaire de la garantie d'assistance, au-delà de 10 heures par semaine, ils seront financièrement à sa charge.

La prestation est acquise autant de fois qu'il est nécessaire au cours de l'année scolaire, hors vacances scolaires et jours fériés. Elle cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant, donnent leur accord explicite à la réalisation de cette prestation.

Si l'immobilisation de l'enfant devait se prolonger au-delà des délais précisés ci-dessus, Harmonie Santé Services informerait et orienterait le bénéficiaire vers toute structure compétente (CNED...) pouvant aider l'enfant à poursuivre sa scolarité.

Justificatifs

Le bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale d'Harmonie Santé Services un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser si l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

11.3. Garde des autres enfants de moins de 16 ans, en cas d'hospitalisation de l'enfant de plus de 24 heures

Harmonie Santé Services organise et prend en charge la garde des autres enfants de moins de 16 ans pendant 2 jours à raison de 10 heures par jour.

ou Harmonie Santé Services prend en charge :

- soit le transport aller et retour des autres enfants de moins de 16 ans (en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, si seul ce moyen peut être utilisé) chez des proches résidant en France métropolitaine ou Monaco (dans le même département pour les DROM);
- soit le transport aller et retour d'un proche résidant en France métropolitaine ou Monaco (en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, si seul ce moyen peut être utilisé) chez le bénéficiaire (dans le même département pour les DROM).

11.4. Aide à domicile, en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures de l'enfant bénéficiaire âgé de moins de 16 ans

Harmonie Santé Services met à la disposition de l'adhérent une aide à domicile à concurrence d'un maximum de 6 heures, réparties sur la durée de l'hospitalisation et/ou après le retour au domicile.

11.5. Aide à domicile pour tout traitement de chimiothérapie et/ou radiothérapie de l'enfant bénéficiaire

Harmonie Santé Services met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile.

Un forfait annuel de 24 heures à répartir sur une durée de 12 mois glissants pourra être accordé, pendant la durée du traitement.

Article 12 Prestations complémentaires et spécifiques aux personnes handicapées

12.1. Prestations d'information

Conseil social, orientation

Ce service d'information et d'orientation à caractère social est à l'écoute du bénéficiaire handicapé pour l'accueillir et l'orienter dans les domaines de l'autonomie, les aides, les ressources, l'invalidité, l'emploi, le statut, le droit des personnes.

Après évaluation, des informations sont délivrées à l'adhérent handicapé, soit pour obtenir des aides existantes, soit pour être orienté sur les démarches à effectuer. Ce conseil social est dispensé dans le cadre ou non des prestations d'assistance.

Dans le cadre d'une problématique de santé et en complément des prestations prévues dans la présente notice, Harmonie Santé Services peut rechercher et communiquer les numéros d'appels téléphoniques :

- des associations spécialisées ou organismes de référence dans l'aide et le conseil aux adhérents handicapés, afin de faire valoir ses droits (transport, suivi psychologique, médecins, aide aux parents, tourisme, loisirs);
- de structures spécialisées dans la vente et la location d'appareils pour personnes handicapées.

Ces prestations sont uniquement téléphoniques.

Aucune des informations dispensées par les équipes d'Harmonie Santé Services ne peut se substituer aux intervenants ou experts habituels ni ne pourra porter sur une procédure en cours.

12.2. Prestations en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures du bénéficiaire handicapé (ou en cas de maternité)

Transfert et garde des animaux (chien guide ou d'un chien d'assistance)

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures de l'adhérent handicapé visuel ou moteur disposant d'un chien guide ou d'un chien d'assistance, Harmonie Santé Services organise et prend en charge le transfert de ce dernier ou sa garde pendant 30 jours maximum dans un centre agréé.

Cette prestation ne peut se cumuler avec la prestation de l'article 10.5.

Aide à la maternité ou paternité

Dans le cadre de l'accouchement de l'adhérente handicapée, Harmonie Santé Services met à disposition un intervenant qualifié (auxiliaire de puériculture) au domicile pendant 8 heures maximum réparties dans les 30 jours suivant la naissance, afin d'accompagner l'adhérente dans l'apprentissage des premiers gestes liés à la maternité.

12.3. Prestations en cas d'accident ou de maladie soudaine de l'aidant du bénéficiaire handicapé

Aide aux démarches administratives

En cas d'accident ou de maladie soudaine entraînant une hospitalisation de plus de 24 heures ou une immobilisation de plus de 2 jours de l'aidant habituellement en charge des démarches administratives du bénéficiaire handicapé, Harmonie Santé Services organise et prend en charge la venue d'une aide pendant 8 heures maximum, au domicile du bénéficiaire pendant l'indisponibilité de cet aidant.

12.4. Aide aux déplacements

Accompagnateur ou auxiliaire d'intégration sociale

En cas :

- de déménagement ou de changement d'emploi du bénéficiaire handicapé,
- ou en cas d'indisponibilité de son conjoint,
- ou en cas d'indisponibilité du chien guide du bénéficiaire handicapé,

Harmonie Santé Services organise la venue d'un accompagnateur ou auxiliaire d'intégration sociale pour l'apprentissage du nouvel environnement. Cette prestation est prise en charge à concurrence de 8 heures dans les 30 jours suivant l'événement.

Accompagnement pour examens médicaux

En cas d'impossibilité pour le bénéficiaire handicapé de se rendre seul sur son lieu d'examen, si personne ne peut l'accompagner et lorsque l'adhérent doit être déplacé, soulevé, manipulé au cours de l'examen, Harmonie Santé Services organise et prend en charge le transport aller et retour de l'adhérent depuis son domicile vers le lieu d'examen par le moyen le plus adapté et met à disposition un intervenant qualifié.

Cette prestation est prise en charge à concurrence de 6 heures dans la limite d'une fois par mois et à moins de 50 km de son domicile.

Organisation voyage

Harmonie Santé Services aide à la préparation de tout voyage et met en relation le bénéficiaire handicapé avec les organismes susceptibles de répondre à sa demande, notamment pour établir un itinéraire, trouver un moyen de transport pour ses déplacements en vacances ou en week-end.

Les frais liés au voyage sont à la charge du bénéficiaire.

Article 13 Exclusions générales

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, Harmonie Santé Services ne peut être tenue responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution provoqués par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation, les interdictions décidées par les autorités locales ou les grèves, absence d'aléa.

Harmonie Santé Services ne sera pas tenue d'intervenir dans le cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur en France.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice de la garantie d'assistance.

Prestations d'information

Ces prestations se limitent à communiquer un ou plusieurs numéros téléphoniques : Harmonie Santé Services ne saurait, en aucun cas, recommander une entreprise, ni, a fortiori, être impliquée à propos de la qualité du travail exécuté ou à propos de la rapidité des interventions.

Article 14 Prescription

Toutes les actions dérivant de l'exécution des présentes conditions générales sont prescrites dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance et ce, conformément aux conditions déterminées par les articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité.

Article 15 Subrogation

Harmonie Santé Services est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire contre tous responsables du sinistre déclaré et à concurrence des sommes exposées et du coût des prestations dont elle supporte la charge.

Article 16 Autorité de contrôle

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Article 17 Informatique et libertés

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'adhérent peut demander communication et rectification de toutes informations le concernant qui figurent sur tout fichier à l'usage d'Harmonie Santé Services. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé en s'adressant au siège de Ressources Mutuelles Assistance : Plateforme d'assistance Harmonie Santé Services - 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex.

Harmonie Protection Juridique Médicale

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

Prendre soin de sa santé peut parfois passer par la voie juridique, notamment lorsqu'un recours doit être exercé à l'encontre du corps médical. Face à la complexité des procédures, Harmonie Mutualité a souscrit pour vous, auprès de Matmut Protection Juridique, société du Groupe Matmut, la garantie « Protection juridique médicale ».

Votre complémentaire santé vous permet de bénéficier de ce service sans supplément de cotisation.

Définitions

Vous : l'Assuré, c'est-à-dire l'adhérent d'Harmonie Mutualité et ses ayants droit au titre d'un règlement ou d'un contrat santé de la Mutuelle.

Tiers : les personnes qui n'ont pas la qualité d'assuré au titre du contrat.

La Mutuelle : Harmonie Mutualité.

Nous : Matmut Protection Juridique.

Sinistre : litige ou différend concrétisé par le refus opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire.

Conflit d'intérêts : toute situation dans laquelle notre garantie est également accordée à la personne dont les intérêts sont opposés aux vôtres.

Frais irrépétibles : les frais que vous engagez personnellement afin de défendre vos intérêts en justice et susceptibles de faire l'objet d'une indemnisation par le juge au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale ou L.761-1 du Code de la Justice Administrative.

Dépens : les frais dont le coût est réglementé et tarifé par une loi ou un décret, engagés à l'occasion d'une action judiciaire.

Article 1 Quel est l'objet du contrat ?

Il est destiné à permettre aux adhérents d'Harmonie Mutualité et aux personnes désignées ayant la qualité d'assuré de bénéficier d'une garantie de Protection Juridique « Recours Médical », **dans les conditions visées à la présente NOTICE D'INFORMATION.**

Article 2 Quels sont les litiges ou différends garantis ?

La garantie Protection Juridique « Recours Médical » intervient, sauf application de l'une des exclusions prévues ci-après, en cas de litige ou de différend vous opposant à un tiers et résultant d'un accident médical susceptible :

- de répondre à la qualification d'aléa thérapeutique,
- d'engager la responsabilité d'un hôpital, d'une clinique, du corps médical, paramédical ou pharmaceutique, et s'étant produit :
- durant la période où l'adhérent d'Harmonie Mutualité conserve cette qualité,
- pendant la durée du contrat collectif d'assurance de Protection Juridique nous liant à Harmonie Mutualité,
- en France Métropolitaine et dans la Principauté de Monaco.

Article 3 Quels sont les services dont vous bénéficiez ?

Nous mettons à votre disposition :

- **un service d'Assistance Juridique par téléphone** qui répond aux questions d'ordre juridique que vous vous posez, vous informe sur vos droits, vous apporte une aide afin de prendre une décision et de trouver une solution à vos problèmes,
- **un service d'Assistance Juridique de proximité** qui vous permet de rencontrer sur rendez-vous l'un de nos Assistants Juridiques, lorsqu'un examen approfondi des documents en votre possession et une consultation s'avèrent nécessaires,
- **un service de Protection Juridique** qui prend les mesures utiles afin de faire valoir vos droits à l'amiable et, au besoin, vous donne les moyens d'en poursuivre l'exercice en justice.

Article 4 Quels sont les litiges ou différends non garantis ?

Sont exclus les litiges ou différends :

- dont les éléments constitutifs étaient connus de vous antérieurement à votre adhésion à Harmonie Mutualité et à la prise d'effet du contrat collectif de Protection Juridique dont vous bénéficiez,
- ayant un intérêt financier inférieur à 150 € ou nécessitant une intervention devant les tribunaux lorsque la somme à récupérer, en principal, ou qui vous est réclamée est inférieure à 760 €,
- relevant du Conseil d'Etat ou de la Cour de Cassation et ayant un intérêt financier inférieur à 3 000 €.

Article 5 Que devez-vous faire en cas de litige ou de différend ?

Dès que vous avez connaissance d'un litige ou d'un différend, vous devez :

TÉLÉPHONER AU 02 35 58 83 16
(appel non surtaxé)
du lundi au vendredi de 8 h à 18 h

Ce numéro correspond à un plateau d'accueil téléphonique réservé aux adhérents d'Harmonie Mutualité qui répond aux questions d'ordre juridique que vous vous posez, vous informe sur vos droits ou vos obligations.

Si nécessaire, il vous communique les coordonnées de l'assistant juridique que vous pouvez rencontrer à proximité de votre domicile ou de votre lieu de travail et vous devez dans ce cas :

Prendre rendez-vous avec notre assistant juridique

Vous pouvez également :

Faire une déclaration par écrit

Cette déclaration doit être effectuée au Siège Social de Matmut Protection Juridique ou auprès de l'assistant juridique rencontré lors de votre rendez-vous.

Vous devez :

- nous communiquer l'intégralité des renseignements et documents se rapportant au litige ou différend déclaré,
- nous faire connaître l'existence d'autres assurances portant sur le même risque.

En cas de communication tardive, nous pourrions vous réclamer une indemnité proportionnelle au préjudice que ce manquement nous aura causé.

Vous pouvez encourir la perte de votre droit à garantie, lorsque de mauvaise foi :

- vous avez fait de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances d'un litige ou différend,
- vous avez employé ou remis des documents que vous saviez mensongers ou frauduleux.

Article 6 Que faisons-nous en cas de litige ou de différend garanti ?

Nous nous engageons à :

- réclamer l'indemnisation de votre préjudice.

Pour ce faire,

- nous vous fournissons les avis et services appropriés à la recherche d'une solution amiable,
- lorsque votre recours nécessite une action en justice, nous participons à la prise en charge des frais et honoraires de l'avocat et/ou de la personne qualifiée saisi(s) de la défense de vos intérêts.

Si vous confiez la défense de vos intérêts à une personne qualifiée ou à un avocat, vous serez toutefois tenu de respecter l'obligation de déclaration prévue à l'article 5.

Article 7 Que payons-nous ?

Dans la limite du plafond et des montants indiqués en annexe, nous couvrons :

- Pour défendre et faire valoir vos droits à l'amiable :

- les frais relatifs aux avis et services que nous vous fournissons nous mêmes,
- les frais et honoraires de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu par un avocat.

- Pour défendre et faire valoir vos droits en justice :

- les frais et honoraires de la personne qualifiée et/ou de l'avocat en charge de vos intérêts,
- les frais de procédure,
- les sommes mises à votre charge au titre des dépens et/ou des frais irrépétibles.

Ces frais, honoraires et sommes sont pris en charge :

- si l'action en justice qui en est la cause a été décidée en accord avec nous ou a été admise par une décision d'arbitrage,
- si vous avez passé outre à la solution que nous vous avons proposée ou à l'avis de l'arbitre pour le litige ou le différend qui est à leur origine et avez obtenu une décision de justice plus favorable à vos intérêts.

En revanche, ces frais, honoraires et sommes ne sont jamais pris en charge s'ils ont été engagés avant la déclaration du sinistre, sauf s'ils ont été rendus nécessaires par une mesure conservatoire d'urgence.

Les cautions pénales, les dommages et intérêts, les amendes, leurs accessoires et majorations ainsi que les frais de recouvrement auxquels vous pourriez être condamné, le droit de recouvrement ou d'encaissement à la charge du créancier prévu à l'article 10 du Décret du 12 décembre 1996 portant fixation du tarif des huissiers de justice en matière civile ou commerciale ne sont jamais pris en charge.

Article 8 Subrogation

Toutes sommes obtenues en remboursement des dépens, des frais et honoraires exposés pour le règlement du litige vous reviennent par priorité, lorsqu'à ce titre des dépenses sont restées à votre charge. Elles sont versées dès règlement par la partie qui succombe.

Matmut Protection Juridique est subrogée dans vos droits, conformément aux articles L.121-12 et L.127-8 du Code des Assurances, dans les autres cas.

Si la subrogation ne peut plus s'exercer de votre fait, Matmut Protection Juridique est alors libérée de tout engagement.

Article 9 Quelle est la période au-delà de laquelle votre demande n'est plus recevable ?

Toute action dérivant du présent contrat, qu'il s'agisse de sa validité ou de son exécution, est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance, dans les conditions déterminées par les articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des Assurances.

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'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 peut être interrompue :

- par l'une des causes ordinaires, notamment :
 - la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code Civil),
 - une demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou annulée par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code Civil),
 - un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil),
- ainsi que dans les cas suivants :
 - la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre,
 - l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par notre Société à vous-même en ce qui concerne le paiement des cotisations ou, par vous-même à notre Société en ce qui concerne le règlement des frais, honoraires et sommes garantis.

Les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription biennale, ni ajouter au causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 10 Que pouvez-vous faire si vous n'êtes pas d'accord avec nous sur les mesures à prendre pour la gestion de vos intérêts ?

En cas de désaccord entre vous et nous à l'occasion du règlement d'un litige ou différend, vous pouvez vous adresser à notre Service «Médiation Interne» - 66 Rue de Sotteville - 76100 ROUEN.

Vous pouvez également recourir à la procédure d'arbitrage.

Dans ce cas :

- un arbitre sera désigné d'un commun accord entre vous et nous ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile, statuant en la forme des référés,
- les frais exposés pour la mise en œuvre de cette procédure seront à notre charge, sauf décision contraire du Président du Tribunal.

Nous nous engageons à accepter les conclusions de l'arbitre.

Honoraires et frais garantis 2011

Recours médical

Les plafonds et montants garantis sont applicables pour un même sinistre. Constitue un même sinistre, l'ensemble des demandes ou réclamations auxquelles il a été opposé un même refus.

A - Plafond de garantie : 10 000 €

B - Montants garantis (hors taxes)

1. Défense amiable des droits de l'assuré (1) :

- Honoraires d'avocat (pour l'ensemble de l'intervention de l'avocat)..... 353 €
- Expertise médicale 155 €
- Expertise immobilière 1 866 €
- Autre expertise matérielle 112 €

(1) Les frais de défense amiable engagés par l'assuré ne sont pris en charge qu'en cas de survenance d'un conflit d'intérêts tel que défini dans les Conditions Générales ou la notice d'information relatives à la garantie ou lorsque l'adversaire de l'assuré est lui-même défendu par un avocat.

Harmonie Mutualité, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 500 751 789. Siège social : 143 rue Blomet - 75015 Paris.

Matmut Protection Juridique, Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 7 500 000 € entièrement libéré. Entreprise régie par le code des assurances, immatriculée au RCS de ROUEN sous le numéro 423 499 391. Siège social : 66, rue de Sotteville - 76100 ROUEN.

Ressources Mutuelles Assistance, union technique d'Assistance soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire Sirene sous le n° SIREN 444 269 682. Siège social 46 rue du Moulin BP 62127, 44121 VERTOU Cedex.

2. Défense des droits de l'assuré en justice, médiation, arbitrage ou devant une commission :

Nature de l'intervention	Cours de Paris et de Versailles	Autres Cours
	HT	HT
Dépôt de plainte avec constitution de partie civile	421€*	393 €*
Démarches au Parquet pour obtention de procès-verbaux	99 €	
Tribunal de Police	620 €*	598 €*
Tribunal Correctionnel	706 €*	674 €*
Chambre de l'Instruction	602 €*	582 €*
Procédure Criminelle		
- Assistance à instruction	485 €	459 €
- Cour d'Assises : 1 ^{ère} instance ou appel (par jour d'audience dans la limite de 5 jours)	925 €	925 €
CIVI	735 €*	702 €*
SARVI	261 €*	242 €*
Juge de Proximité	595 €*	570 €*
Tribunal d'Instance	595 €*	570 €*
Tribunal de Grande Instance,	735 €*	702 €*
Tribunal Administratif	735 €*	702 €*
Tribunal de Commerce	735 €*	702 €*
Juge de l'Exécution	421 €	393 €
Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et infections nosocomiales		
- Constitution du dossier et instruction	449 €	424 €
- Assistance à liquidation	203 €	193 €
Autres commissions et juridictions	735 €*	702 €*
Référés :		
- Expertise et/ou provision	455 €*	433 €*
- Autres référés (civil et administratif)	581 €*	552 €*
Présentation ou défense à requête	321 €	303 €
Incident devant le Juge de la Mise en État	384 €	366 €
Cour d'Appel		
- Référé Premier Président	581 €*	559 €*
- Affaire au fond	735 €*	702 €*
Cour de Cassation et Conseil d'État		
- Consultation	959 €*	
- Mémoire	959 €*	
Assistance à expertise (sur accord exprès de nos services)	485 €	459 €
Assistance à instruction (sur accord exprès de nos services)	485 €	459 €
Assistance à médiation, y compris composition pénale et reconnaissance préalable de culpabilité	620 €	598 €
Expertise médicale	155 €	
Expertise immobilière	1 866 €	
Expertise comptable	938 €	
Autre expertise matérielle	112 €	
Arbitrage	735 €	702 €
Transaction : identique aux honoraires dus en cas de procédure au fond devant la juridiction compétente		

* Cette somme est accordée pour l'ensemble de la procédure devant cette juridiction ou cette commission, y compris toute démarche - ou phase - préalable, obligatoire ou non. Elle concerne tous les honoraires et frais, notamment la préparation du dossier, la plaidoirie et les frais inhérents à la gestion du dossier.

Pour toute question,
contactez votre conseiller **par téléphone**
(numéro d'appel sur votre carte mutualiste),
rencontrez-le **en agence**
ou connectez-vous **sur le site internet**
de votre mutuelle.