

RÈGLEMENT MUTUALISTE

La « Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé » (MIS Santé) est établie à Marseille (13006), 65, Avenue Jules Cantini. Elle est régie par le code de la Mutualité et soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Conformément à l'article R.414-8 du Code de la Mutualité, elle est inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 438 601 932.

ARTICLE 1 – OBJET

En application de l'article L.114 - 1 du Code de la Mutualité et de l'article 3 des Statuts de la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS Santé), il est établi un règlement mutualiste qui définit les droits et obligations réciproques des membres participants d'une part et MIS Santé d'autre part en ce qui concerne les prestations et les cotisations relatives au présent contrat mutualiste.

Le contrat mutualiste « World Pass » prévoit deux niveaux de garantie.

World Pass « A » : Monde entier.

World Pass « B » : Destiné aux pays de l'EEE (plus la Suisse) et lorsque l'étudiant est détenteur d'une Carte Européenne d'Assurance Maladie (sauf pour la Grande Bretagne). Dans ce cas MIS Santé intervient en complément des remboursements de Sécurité Sociale. Les remboursements se réalisent dès lors sur présentation de justificatifs émanant du régime obligatoire.

ARTICLE 2 – CATÉGORIE

Conformément aux dispositions de l'article L.112 - 1 du code de la mutualité, la mutuelle ne peut moduler le montant des cotisations qu'en fonction du revenu, de la durée d'appartenance à la mutuelle, du régime de sécurité sociale d'affiliation, du lieu de résidence, du nombre d'ayants droit ou encore en fonction de l'âge des membres participants.

La présente garantie est destinée aux personnes âgées de moins de 35 ans partant à l'étranger dans le cadre d'études, stages, loisirs, séjours linguistiques... et pour une durée n'excédant pas 12 mois. Il peut s'agir des étudiants français se rendant à l'étranger et des étudiants étrangers se rendant hors de leur pays d'origine et hors de France.

Dans tous les cas il doit s'agir d'étudiants soumis au Régime Obligatoire Etudiant de la Sécurité Sociale.

ARTICLE 3 – DATE D'EFFET DE LA GARANTIE

La garantie mutualiste prend effet le lendemain de la souscription (à zéro heure). Celle – ci doit être accompagnée du règlement. La garantie cesse dès le retour de l'adhérent dans son pays d'origine ou au plus tard le lendemain (zéro heure) de la date de son retour mentionnée sur le bulletin d'adhésion. Dans le cadre d'une souscription à distance (Internet ou téléphone), la date d'effet ne peut être inférieure à 7 jours à partir de la date de souscription.

ARTICLE 4 – DURÉE DE LA GARANTIE

La période de garantie est souscrite au minimum pour un mois et ne peut excéder 12 mois, renouvelable une fois. Le nombre de mois de garantie est déterminé librement par l'adhérent et prend fin à la date prévue au contrat.

ARTICLE 5 – PRESTATIONS

La mutuelle rembourse dans les conditions définies ci-dessous les frais médicaux exposés par les adhérents en déplacement à l'étranger.

Le remboursement ne peut être en aucun cas supérieur au prix réel payé par l'adhérent.

Les risques couverts et les taux de prestations sont définis au présent contrat.

Les prestations s'entendent sans franchise et sans délai de stage.

En cas d'hospitalisation et/ou de soins et actes en série et seulement dans le cas où l'état de santé de l'adhérent le permet, MIS Santé se réserve la possibilité d'opter unilatéralement pour le rapatriement et de poursuivre la prise en charge de ses frais de santé en France plutôt que d'assurer les soins de l'adhérent à l'étranger. Si l'adhérent refuse, la prestation n'est pas due.

Le membre participant bénéficiant de la garantie mutualiste s'engage à reverser à MIS Santé toute somme qui lui serait remboursée par l'organisme obligatoire de Sécurité sociale.

TABLEAU DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTÉ CONSÉCUTIFS À UNE MALADIE OU À UN ACCIDENT

Hospitalisation (tous actes et soins)	100 % des frais réels
Pharmacie	100 % des frais réels
Médecins généraliste - Spécialistes	100 % des frais réels
Radiologie - Analyses	100 % des frais réels
Dentaires : soins et prothèse (uniquement en cas d'urgence)	100 % des frais réels (dans la limite de 500 €/an)
Optique et autre prothèse (uniquement en cas d'urgence)	100 % des frais réels (dans la limite de 500 €/an)
Auxiliaires médicaux (suite à un accident)	100 % des frais réels

(Le montant maximum des remboursements des frais de santé est de 210 000€ par an et par adhérent.)

EN CAS DE RETOUR TEMPORAIRE EN FRANCE

Maintien des prestations Frais de santé en France (sur présentation des justificatifs de transport)	Taux de prestations
En cas de retour temporaire pour une période n'excédant pas 30 jours consécutifs.	100 % des frais réels.

ARTICLE 6 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENTS POUR LES FRAIS DE SANTÉ

Les garanties assurées par MIS Santé interviennent en remboursement des frais engagés pour des soins liés à l'accident et à la maladie et postérieurs à la souscription du contrat mutualiste.

Si le membre participant bénéficie d'un remboursement provenant d'un régime de Sécurité Sociale, les remboursements de MIS Santé interviendront dès lors en complément des prestations du régime obligatoire et de toute complémentaire santé.

La garantie prévoit le remboursement des frais engagés par le membre participant dans la limite des frais définis dans le tableau des garanties ;

Les remboursements s'effectuent si les soins ont été prescrits par une autorité médicale qualifiée c'est-à-dire légalement habilitée et titulaire des diplômes ou autorisations requis dans le pays où elle exerce.

• EN CAS DE RÉALISATION DES RISQUES GARANTIS

En cas d'hospitalisation :

Pour pouvoir bénéficier de la prise en charge hospitalière, il est indispensable de prendre contact avec MIS Santé pour une entente préalable.

Pour les autres risques garantis :

Pour tous les soins et actes en série, il est indispensable de prendre contact avec MIS Santé pour une entente préalable.

Pour bénéficier des remboursements des frais médicaux, le membre participant doit adresser dans les 3 mois qui suivent l'événement les factures acquittées, les ordonnances, les notes d'honoraires (originaux).

Les décomptes provenant d'un organisme de Sécurité Sociale devront être adressés à la mutuelle dans les plus brefs délais.

Le membre participant devra fournir tout élément de preuve de la matérialité de l'accident.

Sauf cas de force majeure, toute dépense de plus de 5 000 € doit être soumise à l'accord préalable de MIS Santé.

Risques limités :

Seuls sont pris en charge les frais médicaux consécutifs à un accident ou à une maladie survenus inopinément dans le pays du lieu de séjour. Toutes maladies antérieures à la souscription de la garantie sont exclues.

ARTICLE 7 – PRESTATIONS INDIVIDUELLE ACCIDENT

ARTICLE 7.1 – OBJET

MIS Santé propose au profit de ses membres participants et de leurs ayants droit, un capital en cas de décès et en cas d'invalidité permanente totale ou partielle consécutive à un accident.

Le taux est fixé en fonction du barème de droit commun publié au Concours Médical.

Versement d'un capital par la mutuelle en cas d'incapacité due à un accident :

- pour une invalidité comprise entre 0 et 10 % : pas de capital versé
- pour une invalidité comprise entre 11 et 15 %, MIS Santé assure 20 % de 2000 € x le taux d'invalidité ;
- pour une invalidité comprise entre 16 et 20%, MIS Santé assure 20 % de 6 000 € x le taux d'invalidité ;
- pour une invalidité comprise entre 21 et 30%, MIS Santé assure 20 % de 12 000 € x le taux d'invalidité ;
- pour une invalidité comprise entre 31 et 50%, MIS Santé assure 20 % de 15 000 € x le taux d'invalidité ;
- pour une invalidité comprise entre 51 et 75%, MIS Santé assure 20 % de 20 000 € x le taux d'invalidité ;
- pour une invalidité comprise entre 76 et 90%, MIS Santé assure 20 % de 25 000 € x le taux d'invalidité ;
- pour une invalidité comprise entre 91 et 100%, MIS Santé assure 20 % de 35 000 € x le taux d'invalidité.

NB – MIS Santé n'intervient qu'à hauteur de 20 % des montants indiqués, la part restante est prise en charge dans les mêmes conditions par un partenaire assureur (voir notice d'information).

Versement d'un capital par la mutuelle en cas de décès par accident :

Versement en cas de décès accidentel d'un capital de : 1 500 €. MIS Santé assure ici l'intégralité du risque.

ARTICLE 7.2 – BÉNÉFICIAIRES

En cas de décès, le bénéficiaire du capital est le conjoint de l'adhérent, à défaut les enfants de celui-ci, à défaut les ayants droit légaux.

En cas d'invalidité d'un adhérent de MIS Santé, et si cette invalidité est consécutive à un accident garanti, le capital est versé à la victime.

ARTICLE 7.3 – MODALITÉ DE FONCTIONNEMENT

En cas d'invalidité, doivent être fournis les documents suivants :

- une déclaration de l'assuré relatant les circonstances exactes de l'accident, le nom des témoins et l'identité de l'autorité verbalisante si un procès-verbal initial est dressé.
- un certificat médical indiquant la nature de l'accident, ses conséquences probables, quant au degré d'incapacité, celui-ci est évalué au moment de la consolidation de la blessure (comme de la durée d'invalidité temporaire totale).

L'assuré ou le bénéficiaire, qui intentionnellement fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés dans l'intention de tromper l'assureur, perd tout droit à la garantie pour le sinistre en cause.

En cas de décès :

- un acte ou bulletin de décès;
- un certificat médical constatant et précisant la cause du décès;
- une fiche individuelle d'état civil certifiée conforme pour le bénéficiaire ;
- tout élément prouvant le lien de causalité entre l'accident et le décès.

Décision

En cas de contestation d'ordre médical, chaque partie désigne son médecin.

Si ces médecins ne parviennent pas à un accord, ils s'adjoignent un troisième médecin pour statuer définitivement. Si l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les médecins représentant les parties ne s'entendent pas sur le choix du troisième médecin, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et frais d'intervention du médecin qu'elle a désigné ; ceux de l'intervention du troisième médecin sont partagés par moitié.

Modalités de paiement

En cas d'invalidité, le capital est versé dès la constatation de l'état d'invalidité par un médecin expert désigné par la mutuelle MIS Santé. Le paiement du capital est effectué par virement.

ARTICLE 8 – COTISATIONS

	Adhérent SMEREP	Non adhérent SMEREP
World pass « A »	1 ^{er} mois : 39€	1 ^{er} mois : 42€
	Quinzaine : 22€	Quinzaine : 22€
World pass « B »	1 ^{er} mois : 31€	1 ^{er} mois : 34€
	Quinzaine : 18€	Quinzaine : 18€

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation portant sur la totalité de la période souscrite.

La cotisation est individuelle, forfaitaire et payable d'avance en euros.

Le paiement peut s'effectuer par chèque ou carte bancaire. En revanche la souscription en ligne n'est valable que si le paiement est effectué par Carte bancaire.

En application de l'article 7 des statuts de la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS Santé), la qualité d'ayant droit n'induit pas la gratuité des cotisations, dès lors le membre participant doit s'acquitter de la ou des cotisations dues au titre de ses ayants droit. Les ayants droit sont les conjoints, (ou concubins ou partenaires liés par un PACS) et les enfants.

La cotisation sera remboursée si le voyage est annulé. Dans le contraire, la cotisation n'est pas remboursée.

ARTICLE 9 - CAS D'EXCLUSION POUR LES « FRAIS DE SANTÉ » ET L'« INDIVIDUELLE ACCIDENT »

Sont exclus des garanties les faits et conséquences :

1. causés ou provoqués intentionnellement par l'assuré ;
2. résultant d'un acte illégal ou d'une tentative d'acte illégal, au regard des lois du pays de survenance ;
3. résultant de la participation volontaire à une guerre, une émeute, un trouble civil ou tout acte illégal, y compris ceux qui pourraient entraîner l'emprisonnement, ou tout événement survenant pendant le service dans une unité policière ou militaire.
4. provoqués par une guerre étrangère (l'assuré doit prouver que le sinistre résulte d'un autre fait), par une guerre civile (il appartient à l'assuré de faire la preuve que le sinistre résulte de ce fait), par l'utilisation d'un engin de guerre dont la détention est interdite et que sciemment, l'assuré aura eu en sa possession ou détenu ou manipulé ;
5. l'exposition d'une arme ou d'un engin nucléaire, à un rayon ionisant, agent bactériologique ou chimique ;
6. résultant de la participation de l'assuré à des paris de toute nature, à des rixes, sauf en cas de légitime défense ;
7. résultant de l'automutilation, du suicide, de la tentative de suicide, à l'abus d'alcool, de drogue, psychotrope ou de toute substance stupéfiante mentionnée au Code de la Santé publique, non prescrite médicalement.
8. résultant de la pratique des sports dangereux : saut à l'élastique, plongée sous-marine, ski hors piste, rallyes automobiles et accidents en 4x4, tout sport effectué à titre professionnel ou sponsorisé ou lors de compétitions ;
9. résultant de la pratique de sports à risques : la spéléologie, alpinisme ou escalade en cordée, varappe, vol en montgolfière, sports de combat, toute course autre que la course à pied. Cette exclusion ne s'applique pas lorsque ces activités sont encadrées par un moniteur ou guide professionnel reconnu par une fédération internationale, ou lorsqu'elles sont pratiquées par un amateur certifié par une qualification reconnue et habilitant celui-ci à pratiquer cette activité de façon autonome dans la mesure où elles sont pratiquées de façon régulière et raisonnable ;
10. résultant de la pratique de sports aériens et notamment du deltaplane, du parachutisme, du parapente ou de l'ULM ;
11. résultant d'un vol aérien à l'exception des vols commerciaux réguliers ou des vols affrétés et agréés sur une route officielle ;
12. dus aux effets d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ou de l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation de radioisotopes ;

Sont également exclus:

13. les conséquences d'une condition médicale antérieurement constituée ;
14. les affections en cours ou sujettes à rechute ainsi que les traitements en cours ;
15. toute dépense encourue pour la convalescence ou le repos consécutivement à un accident, une maladie ou une condition médicale antérieurement constituée survenu avant l'adhésion ;
16. les conséquences de maladies chroniques non consolidées, et de maladies ou états consécutifs. Cette exclusion ne s'applique pas lors de la première manifestation de symptômes de cette nature ou lors d'une aggravation soudaine et imprévue mettant en jeu le pronostic vital à court terme et nécessitant une hospitalisation immédiate dans un établissement spécialisé ;
17. les conséquences d'un acte grave et délibéré contraire aux règles élémentaires de prudence, de santé et de sécurité, ou résultant de l'inobservation des recommandations médicales personnelles ou d'un traitement, lesquels cas constituent un acte de mise en danger de soi-même par leur auteur ;
18. les troubles psychologiques ou maladies psychiatriques et nerveuses, de même que leurs suites et conséquences. Cette exclusion ne s'applique pas lors de la première

manifestation de troubles de cette nature nécessitant une hospitalisation immédiate dans un établissement spécialisé.

19. les soins dentaires (sauf urgence et dans la limite du plafond fixé) ; les prothèses dentaires et autres (sauf accident et dans la limite du plafond fixé) ; les soins liés à l'optique tels que ophtalmologie et orthoptie (sauf urgence et dans la limite du plafond fixé) ;
20. les interruptions volontaires de grossesse et leurs conséquences ; tous les frais liés au suivi de la grossesse et à l'accouchement. Cette exclusion ne s'applique pas en cas de complications survenant lors d'une grossesse qui pourrait mettre en danger la vie de la mère ou de l'enfant à naître durant les vingt-huit premières semaines de la grossesse ;
21. les maladies suivantes : les maladies longue durée, les maladies tropicales, l'épilepsie ;
22. la vaccination, la dermatologie, les soins de confort, les frais relatifs aux soins esthétiques ainsi que les cures et frais y afférant ;
23. les dépenses non prescrite par une personne considérée comme un médecin par les autorités compétentes françaises ;

ARTICLE 10 – SUBROGATION

Lorsqu'un accident est dû à un tiers, MIS Santé est subrogée de plein droit à la victime dans son action contre le tiers.

ARTICLE 11 – RENONCIATION – ANNULATION

En application des dispositions légales, l'adhérent peut renoncer à sa demande d'adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception, pendant un délai de trente jours à compter de la date de demande d'adhésion, en obtenant la restitution intégrale des cotisations versées.

ARTICLE 12 – CESSATION

Toutes les actions issues du présent contrat mutualiste (Individuelle Accident incluse), dérivant des opérations régies par le livre II du Code de la Mutualité, sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là ;
- Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours à un tiers, le délai de prescription ne court que, du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou du jour où ce tiers a été indemnisé par celui-ci.

EN CAS D'URGENCE :

Contactez MIS Santé Assistance au : 33 (0) 1 55 63 31 52

LES DEMANDES DE REMBOURSEMENTS SONT À ADRESSER À :

**MIS Santé Gestion – SOS Assistance S.A. 1, Rue du Parc - 92306 LEVALLOIS - PERRET Cedex
FRANCE**