

CONTRAT 2005/2006

Extra-Pass[engens]

L' ASSURANCE SANTÉ
À L' ÉTRANGER

[RÈGLEMENT MUTUALISTE]

RÈGLEMENT MUTUALISTE

La « Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé » (MIS Santé) est établie à Marseille (13008), 452- 456 avenue du Prado. 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.

L'objet de cette garantie est d'offrir une protection sociale aux adhérents qui se rendent à l'étranger soit dans le cadre des loisirs soit dans le cadre professionnel.

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 70 ans partant à l'étranger dans le cadre d'un séjour temporaire et pour une durée n'excédant pas 12 mois.

Il peut s'agir des personnes de nationalité française se rendant à l'étranger et des personnes étrangères se rendant hors de leur pays d'origine et hors de France.

ARTICLE 3 – DATE D’EFFET DE LA GARANTIE

La garantie mutualiste prend effet le lendemain de la souscription (à zéro heure) et 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.

La cotisation est intégralement remboursée si le voyage est annulé avant la date d’effet du contrat mutualiste et ce, quelle qu’en soit la raison.

ARTICLE 4 – DURÉE DE LA GARANTIE

La période de garantie est souscrite au minimum pour 15 jours et ne peut excéder 12 mois. Le contrat est 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 DES FRAIS MÉDICAUX

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.

Aucun délai de stage n’est imposé en cas d’accident, en revanche un délai de stage de huit jours est imposé pour les autres cas.

En cas d’hospitalisation de longue durée 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 à l’étranger. Si l’adhérent refuse, la prestation ne sera pas due.

Le membre participant bénéficiant de la garantie mutualiste s’engage à reverser toute somme qui lui serait remboursée par un organisme obligatoire de Sécurité Sociale.

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

DANS LE PAYS DE SÉJOUR	TAUX
Hospitalisation (tous actes et soins)¹	100% des frais réels
Pharmacie	100% des frais réels
Médecins généralistes - Spécialistes²	100 % des frais réels
Radiologie - Analyses²	80 % des frais réels
Dentaires (soins) : uniquement en cas d'urgence	80% des frais réels dans la limite de 500 €/an
Optique uniquement en cas d'accident	80% des frais réels dans la limite de 500 €/an
Auxiliaires médicaux (suite à un accident)	80 % des frais réels
EN FRANCE : en cas de retour temporaire (week end, vacances)	
Maintien des prestations pour une période n'excédant pas 30 jours consécutifs³	100 % TC de la Sécurité sociale française

1. Entente préalable obligatoire. 2. Entente préalable pour tout acte en série. 3. Joindre impérativement les justificatifs de transport.

Le montant maximum de remboursement des frais de santé est de 85 000 € par an et par adhérent.

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.

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 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).

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. L'adhérent doit apporter la preuve de la matérialité de l'accident.

ARTICLE 7 – INDIVIDUELLE ACCIDENT

ART 7.1 – OBJET

MIS Santé propose aux profits 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.

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

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 €

Art. 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.

Art. 7.3 – MODALITÉ DE FONCTIONNEMENT

• Notification de l'invalidité

En vue d'obtenir le versement des sommes assurées, l'assuré fait connaître les séquelles permanentes, consécutives à un accident

Les demandes ne seront plus recevables deux ans après le jour de l'accident. Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour ou l'assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les Bénéficiaires en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

• **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 entre elles.

• **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

Âge	Quinzaine	Mois
0 – 30 ans	45 €	70 €
31 – 40 ans	70 €	95 €
41 – 50 ans	90 €	125 €
51 – 60 ans	110 €	150 €
61 – 70 ans	140 €	180 €

TARIF MINIMUM : 15 JOURS – TARIF MAXIMUM : 12 MOIS.

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation portant sur la totalité de la période souscrite et affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle.

La cotisation est individuelle et forfaitaire. La cotisation est payable d'avance, en euros et pour la totalité de la garantie souscrite.

Le paiement peut s'effectuer par chèque ou carte bancaire. Le prix de la cotisation varie selon l'âge de l'adhérent.

MIS Santé propose une réduction de 30 % du montant total de la cotisation lorsque le membre participant séjourne dans un pays de L'EEE (hors Royaume Unis) et si ce dernier est détenteur d'une Carte Européenne d'Assurance Maladie.

Si le membre participant choisit cette formule, les remboursements interviennent en complément de ceux réalisés par la Sécurité Sociale. Les remboursements se réalisent sur justificatifs.

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.

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

Sont exclus des garanties les conséquences :

- directs ou indirects intentionnels de l'assuré ou du bénéficiaire ; résultant des infractions à la législation du pays d'accueil ; résultant de la participation de l'assuré à des paris de toute nature, à des rixes, sauf en cas de légitime défense, de la conduite en état d'ivresse, de l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement, du suicide ou tentative de suicide ;
- d'une guerre étrangère (l'assuré doit prouver que le sinistre résulte d'un autre fait), d'une guerre civile (il appartient à l'assureur de faire la preuve que le sinistre résulte de ce fait), de 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 ;
- résultant de la pratique d'un sport en tant que professionnel ainsi que de la participation même en tant qu'amateur à des courses de véhicules à moteur ou des tentatives de records ; résultant de l'utilisation comme pilote ou membre d'équipage d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs ou de la pratique de tous les sports aériens et notamment du delta plane, du parachutisme, du parapente ou de l'ULM ;
- résultant des 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 radio-isotopes ;
- des affections ou maladies suivantes : toutes les maladies aiguës ou non ou leurs complications, toutes les maladies de longue durée et aussi : aliénation mentale, psychose, névrose, attaque d'apoplexie, maladie de Parkinson, syndrome cérébelleux, atteintes neurologiques dégénératives, ulcère, crise d'épilepsie, rupture d'anévrisme, infarctus du myocarde, embolie cérébrale ou hémorragie méningée et de façon générale toute affection organique dont le processus de développement a provoqué, seul, les dommages (sauf s'il s'agit de la conséquence d'un accident compris dans la garantie) ;

- de maladies déclarées avant la souscription du contrat, des affections en cours ou sujettes à rechute ainsi que des traitements en cours ; des accidents ou rechutes d'accidents antérieurs à la souscription du contrat ;
- des frais engagés par l'adhérent sans l'accord préalable de l'assureur lorsqu'il est demandé ;
- des troubles psychologiques, de l'acupuncture, de la dermatologie, de la vaccination, des maladies tropicales au-delà du plafond fixé à 1 000 , des frais de transport, des soins de confort, des frais relatifs aux soins esthétiques, des cures et frais y afférents, des dépenses non prescrites par une autorité médicale qualifiée ;
- des soins dentaires (sauf urgence et dans la limite du plafond fixé) ; des prothèses dentaires et autres (sauf accident et dans la limite du plafond fixé) ; des interruptions volontaires de grossesse et de façon générale tous les frais liés à la maternité ; des soins liés à l'optique tels que ophtalmologie, de l'orthodontie (sauf accident et dans la limite du plafond fixé) et des auxiliaires médicaux (sauf accident).

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.

La cotisation sera remboursée si le voyage est annulé.

ARTICLE 12 – CESSATION

Toutes les actions issues du présent contrat mutualiste, 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 fautive 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 :

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.

12-14, rue d'Alsace – BP 322

92306 LEVALLOIS – PERRET CEDEX - France