

PREAMBULE

Une mutuelle, appelée Société Mutualiste Générale de Prévoyance (SMGP) est établie à Paris, au 28 rue Fortuny 75017 Paris. Elle est régie par le Code de la mutualité et est soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Conformément à l'article R.414-1 du Code de la mutualité, elle est immatriculée sous le numéro SIREN 316 710 441.

La SMGP est totalement substituée dans ses garanties par la Société Mutualiste des Etudiants de la Région Parisienne (SMEREP), immatriculée auprès du secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité sous le numéro SIREN 775 684 780 et dont le siège social est situé au 28 rue Fortuny 75017 Paris. La SMEREP en sa qualité de substituante, donne à la SMGP sa caution solidaire pour l'ensemble des engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis des adhérents, ayants droit, bénéficiaires et de toutes autres personnes physiques et morales.

Si l'agrément faisant l'objet de la substitution était retiré à la SMEREP, les garanties seraient résiliées le dixième jour à midi à compter de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors remboursée à l'adhérent.

LEXIQUE

Article 1 : Définitions

- **« Réforme 100% Santé »** : Cette réforme a notamment pour objet de permettre aux assurés de bénéficier d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires pour certains actes et équipements dans le domaine de l'optique, des aides auditives et des soins dentaires prothétiques.

Ces derniers sont définis au sein d'un panier de soin spécifique à chaque domaine, déterminé par voie règlementaire.

La réforme du « 100 % Santé » est mise en œuvre à travers la réglementation relative aux contrats responsables. Le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optiques, aides auditives et soins prothétiques dentaires a ainsi adapté le cahier des charges des contrats responsables afin d'améliorer l'accès aux soins des assurés dans les trois grands secteurs précités, qui connaissent les restes à charge les plus élevés.

Le présent règlement mutualiste respecte l'ensemble des règles relatives aux contrats responsables et propose une garantie principale « Freelance » couvrant les actes et équipements relevant des paniers de soins sans reste à charge (« 100% Santé ») définis par la réglementation :

- équipements de classe A en optique,
 - actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge pour les frais dentaires prothétiques.
 - et, à partir du 1^{er} janvier 2021 : équipements de classe 1 pour les aides auditives.
- **Prix Limite de vente (PLV)** : Prix maximum que les professionnels peuvent pratiquer pour les actes et soins qui composent le panier de soins « 100% Santé » dans les secteurs de

l'optique et l'audiologie tels que définis à la liste des produits et prestations remboursables par la Sécurité sociale, prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale (LPP).

- **Honoraires limites de facturation (HLF)** : Honoraires limites de facturation des actes et prestations effectués par les chirurgiens-dentistes, définis en annexe de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie du 21 juin 2018 modifiée.
- **Listes des actes, produits et prestations remboursables** : Ces listes prévues aux articles L.165-1 (LPP) et L.162-1-7 (LAP) du Code de la sécurité sociale déterminent les actes, produits et prestations dont le remboursement est pris en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie. Ces listes distinguent plusieurs classes d'actes et de produits au sein d'une même catégorie de prestations (optique, aide auditive, soins dentaires prothétiques), l'une d'elles faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (« 100% Santé »).

Article 2 : Nature et objet du règlement

Conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

À l'égard des membres participants et de leurs ayants droits, le contrat est constitué par :

- le bulletin d'adhésion,
- la carte d'adhérent,
- les statuts,
- le présent règlement mutualiste.

Le règlement mutualiste s'applique sans préjudice des dispositions du Code de la Mutualité.

Les dispositions du règlement mutualiste peuvent être modifiées par le Conseil d'Administration de la Mutuelle dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Les modifications sont opposables aux membres participants et ayants droits dès qu'elles leur sont notifiées.

Les déclarations des membres participants et ayants droits servent de base au contrat, qui est incontestable dès son entrée en vigueur.

Article 3 : Garanties

La SMGP propose à ses adhérents :

- une garantie mutualiste principale « Freelance » avec trois options destinées à renforcer la garantie de base (Optique +, Dentaire + et Hospi/Soins+) ;
- une option « Prévoyance » dont la notice d'information est portée en fin du présent règlement mutualiste ;
- et une option « Santé à l'étranger » dont la notice d'information est portée en fin du présent règlement mutualiste.

Il est précisé que pour bénéficier des options, l'adhérent doit obligatoirement souscrire à la garantie de base. De même, les options Optique + et Dentaire + ne peuvent être souscrites indépendamment

l'une de l'autre. L'option Hospi/Soins + doit, quant à elle, être obligatoirement souscrite avec celles Optique + et Dentaire +.

Les garanties de la Mutuelle sont réservées aux personnes qui relèvent d'un régime d'Assurance Maladie français.

ADHESION

Article 4 : Conditions d'adhésion

Pour toute adhésion entrant dans le cadre du dispositif Madelin, le membre participant doit :

- être âgé le jour de l'adhésion de 16 ans à 65 ans,
- adhérer à l'ANIP (Association loi 1901),
- résider habituellement en France et bénéficiant d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français,
- exercer une activité professionnelle sous le statut de travailleur non salarié (TNS),

Pour toute adhésion hors Madelin, être âgé de 16 à 65 ans au jour de l'adhésion, résider habituellement en France et bénéficier d'un régime obligatoire de sécurité sociale français ou d'une Carte européenne d'assurance maladie (CEAM) en cours de validité.

Le membre participant peut, moyennant le paiement d'une cotisation additionnelle égale à 100% de sa cotisation (pour les mêmes garanties) et sur présentation de justificatifs (livret de famille, acte de naissance, pièce d'état civil, avis d'imposition ou de non-imposition, faisant état des enfants à charge, et tout document que la Mutuelle jugera utile pour l'étude du dossier), demander l'affiliation des ayants droit appartenant aux catégories suivantes : le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, les enfants mineurs. Les ayants-droit, en dehors des enfants mineurs, doivent respecter les mêmes conditions d'âge que le membre participant.

Les ayants droits affiliés ne peuvent choisir un niveau de garantie différent de celui du membre participant. Le membre participant doit s'acquitter de la ou des cotisations dues au titre de ses ayants droit, par rapport aux garanties choisies.

OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

Article 5 : Cotisations et frais encourus en cas de retard ou défaut de paiement

5-1 : Cotisations

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation qui est affectée pour partie à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle, et pour partie à la couverture du risque porté par d'autres organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance. Le montant de la cotisation varie selon les options choisies par le membre participant, conformément à l'article 3 du présent règlement mutualiste.

Les montants des garanties figurent en annexe 6.

Pour adhérer à la garantie de base et aux différentes options, le membre participant peut bénéficier sans frais supplémentaires d'un paiement fractionné.

Ainsi pour les garanties nouvellement souscrites, le paiement s'effectuera soit au comptant, soit par paiement fractionné. En cas de paiement fractionné, le nombre de prélèvements est de 12 mensualités égales. Il en est de même lorsque les garanties sont reconduites tacitement.

Les prélèvements sont effectués le 05 de chaque mois, à compter du mois suivant la date de souscription.

Conformément aux dispositions statutaires de la Mutuelle, la qualité d'ayant droit n'induit pas la gratuité des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations versées par la Mutuelle.

Sont comprises dans cette cotisation les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions, fédérations), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes. La cotisation est individuelle par membre participant.

5-2 : Frais encourus en cas de retard ou défaut de paiement

Pour percevoir leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

En cas de retard dans le paiement des cotisations, tous les frais de recouvrement (frais de recommandé, frais bancaires, frais d'huissier, etc...) sont à la charge du membre participant défaillant.

Lorsque le défaut de paiement résulte d'un rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque impayé, la Mutuelle imputera au membre participant les frais dus ou engagés pour obtenir les montants des cotisations dues.

Article 6 : Souscription d'options et renforts supplémentaires

La souscription d'options et renforts supplémentaires en cours d'année est possible, moyennant le paiement, par le membre participant, de la différence entre la cotisation de la garantie initiale et celle due au titre de (des) option(s). En cas de paiement fractionné de la cotisation, il est tenu compte de l'augmentation correspondante dans les échéances de prélèvement restantes.

Les nouvelles garanties prendront effet au 1^{er} du mois suivant la date de réception par la Mutuelle, de la lettre ou du courriel (formulaire contact www.freelance.heyeme.care) du membre participant sollicitant cette modification.

Le membre participant ne peut toutefois réduire les options et renforts choisie en cours d'année. Un tel changement ne peut être effectué qu'à la date d'anniversaire de son contrat.

Article 7 : Renonciation

En application des dispositions légales, le membre participant peut renoncer à sa demande d'adhésion. Le membre participant dispose à cet effet d'un délai de quatorze jours, à compter de la date de souscription pour exercer son droit et obtenir la restitution intégrale des cotisations versées, déduction faite des éventuelles prestations payées pendant cette période ou restitution de celles-ci pour le surplus.

Pour l'exercice de ce droit de renonciation, le membre participant doit :

- Soit adresser à la Mutuelle, une lettre renonciation à l'adresse suivante : HEYME – Service Adhésions – CS 70028 – 13272 MARSEILLE CEDEX 08 ;
- Soit utiliser le formulaire de contact disponible sur le site www.freelance.heyeme.care .

Article 8 : Radiation

Font l'objet d'une radiation de la Mutuelle les membres participants dont les garanties ont été résiliées conformément à l'article 19 du présent règlement mutualiste.

Article 9 : Durée et tacite reconduction

9-1 : Durée

Les garanties sont souscrites pour une durée de 12 mois. Elles sont ensuite reconduites conformément aux dispositions suivantes.

9-2 : Tacite reconduction

Les garanties se renouvellent par tacite reconduction, d'année en année, pour une durée de 12 mois sauf dénonciation par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, adressée par le membre participant à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance (confère article 19-1 du présent règlement mutualiste).

En application de la loi Chatel n°2005-67 du 28 janvier 2005, reprise dans les dispositions de l'article L221-10-1 du Code de la mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction, relatives à des opérations individuelles, la date limite d'exercice par le membre participant du droit de renonciation de l'adhésion sera rappelée à chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de renonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la Poste.

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

Article 10 : Objet des garanties mutualistes

La Mutuelle verse des prestations en complément de celles versées par un organisme gérant un régime d'Assurance Maladie français.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 Décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant (ou de l'ayant droit), après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le membre participant (ou ayant droit) peut obtenir l'indemnisation en s'adressant auprès de l'organisme de son choix.

Article 11 : Ouverture et fin de droits aux prestations

Ouverture des droits : l'ouverture des droits intervient pour toutes les garanties, à la date choisie par le membre participant lors de la souscription et au plus tôt le lendemain de cette dernière, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

Fin des droits : la fin des droits intervient à la date de résiliation pour toutes les garanties. Toutes les garanties sont reconduites tacitement, conformément aux dispositions de l'article 9-2 du présent règlement mutualiste.

Article 12 : Champ d'intervention

12-1 : Dispositions générales

Les prestations complémentaires de l'Assurance Maladie sont versées par la Mutuelle dans le cadre des garanties et dans le respect des dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale (et leurs textes d'application) relatives aux contrats responsables en ce qui concerne la garantie principale « Freelance ».

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle définit annuellement les risques couverts, les taux de remboursement venant en complément de ceux déterminés par l'Assurance Maladie, les forfaits et leur montant et les tarifs des garanties santé.

Tous les remboursements indiqués en taux incluent le remboursement de la Sécurité sociale et sont basés sur les taux de remboursement et les tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale en vigueur au moment de l'exécution des présentes. Toute modification des prestations et des taux de remboursement par l'Assurance Maladie qui viendrait à être supérieure à 50 % par rapport aux tarifs et aux taux de remboursement de référence figurant sur le tableau de garanties n'entraînera pas pour autant une compensation financière supplémentaire payée par la Mutuelle au membre participant ou à ses ayants droit, pour la partie allant au-delà des 50 % de modification des tarifs et de taux de remboursement par l'Assurance Maladie.

En revanche, la Mutuelle assurera, financièrement et elle seule, toute modification en cours d'année allant jusqu'à 50 % de modification des tarifs et des taux de remboursement de la Sécurité sociale par rapport aux tarifs et aux taux de remboursement de la Sécurité sociale de référence sur le tableau de garanties.

Conformément à la législation en vigueur relative aux contrats responsables, la Mutuelle ne prend pas en charge :

1° la participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;

2° les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 III du Code de la sécurité sociale ;

3° la majoration de la participation des membres participants et leurs ayants droit visée à l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non-désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ;

4° les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale ;

5° tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge est exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et de ses textes d'application.

12-2 : Contrats responsables

Les prestations complémentaires de l'Assurance Maladie sont versées par la Mutuelle dans le respect des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 du même code et leurs textes d'application, relatives aux contrats responsables.

Conformément à la législation en vigueur relative aux contrats responsables, l'intégralité de la participation des assurés (c'est-à-dire du Ticket Modérateur) définie à l'article R.160-5 du Code de la sécurité sociale est prise en charge, à l'exception de celle due au titre des prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article (sauf si la prise en charge est expressément prévue dans le tableau de garanties) et sous réserve des périodicités de prise en charge fixées aux articles 13.2. et 13.4 ci-après). Sont également prises en charge, dans le cadre de la réforme du « 100% Santé », selon les conditions et modalités définies ci-après, les dépenses d'acquisition des équipements d'optique médicale, des aides auditives et les frais de soins dentaires prothétiques.

12-3 : Autres produits

Sont également incluses dans la garantie principale « Freelance », des prestations d'Assistance Rapatriement et Vie quotidienne (notices d'Information en fin du présent règlement mutualiste), de la téléconsultation médicale et des offres de réductions.

Article 13 : Contenu des forfaits et prestations garanties au titre d'un contrat responsable (garantie principale « Freelance »)

Les risques couverts, les taux de remboursement, les niveaux de prestations, les montants et les conditions d'attribution des forfaits et les tarifs sont indiqués sur le tableau de garanties.

13-1 : Les soins courants et l'hospitalisation

Dans le cadre de ces garanties, la Mutuelle prend en charge :

- les consultations et actes réalisés par des professionnels de santé ;
- les médicaments ;
- l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire de 24 euros prévue au I de l'article R.160-16 du Code de la sécurité sociale ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier sur la base des tarifs en vigueur à la date de l'hospitalisation, mentionné à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

13-2 : L'optique

Les équipements d'optique médicale, définis à l'article L.5211-1 du code de la santé publique, sont composés de deux verres correcteurs et d'une monture.

Les équipements (verres et montures) remboursés par la Sécurité sociale sont classés en deux groupes (classes A et B) par la Liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

- la classe A (« panier 100% Santé ») : Les verres et montures relevant de la classe A bénéficient d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires. Ils sont donc sans reste à charge pour l'assuré dans **la limite des prix limites de vente**.
- et la classe B (« panier prix libres ») : Les prix des verres et montures relevant de la classe B sont déterminés librement et peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré.

a. Le « panier 100% santé » (ou panier sans reste à charge)

Sont pris en charge à hauteur des frais exposés par le membre participant, en sus des tarifs de responsabilité et **dans la limite des prix limites de vente (PLV)** :

- Deux verres et une monture appartenant à la classe A ;
- La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents ;
- Le supplément pour les verres avec filtre de classe A.

Dans les conditions définies par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP).

b. Le « panier prix libres » : verres ou montures appartenant à la classe B

La Mutuelle prévoit dans le cadre de ce panier, le versement des forfaits indiqués à l'annexe 1 du présent règlement mutualiste, s'effectuant sur prescription médicale lorsque celle-ci est requise, et sur présentation des factures ou reçus établis aux nom et prénoms du membre participant ou de ses ayants droit.

En outre, le membre participant devra présenter, avec les justificatifs précédents, une copie de son relevé des prestations de la Sécurité sociale. Le versement des forfaits s'effectue dans la limite des frais engagés par le membre participant, le versement peut être fractionnable.

Conformément à la Circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/S25D/2019/116 du 29 mai 2019 portant sur les contrats responsables, le forfait optique est attribué pour l'achat d'un équipement composé d'une

monture et de 2 verres correcteurs. Les plafonds de prise en charge de ces équipements sont indiqués à l'annexe 1 du présent règlement mutualiste.

La prise en charge d'une monture est limitée à 100 euros (inclus dans les plafonds limites).

Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond limite qui s'applique.

La prise en charge des tarifs de responsabilité de la prestation d'appairage facturée pour des verres de classe A, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien-lunetier en cas de renouvellement n'est pas incluse dans les plafonds limites.

Les limites incluent la part des dépenses remboursées par la Sécurité sociale et le Ticket Modérateur.

c. Dispositions communes aux verres et montures de classes A et B :

➤ Périodicité de renouvellement des équipements d'optique médicale

Sous réserve des dérogations listées ci-dessous, les garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus ;
 - par période d'un an pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ;
 - par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an s'applique.
- i. Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux adultes et aux enfants de 16 ans et plus, est réduite à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) dans les cas de dégradation des performances oculaires visés dans la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale. La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D.4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
- ii. Par dérogation, la période d'un an n'est pas opposable aux enfants de moins de 16 ans, pour les verres, en cas de dégradation des performances oculaires objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
- iii. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières précisées par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention sur l'ordonnance de la situation médicale particulière (cf. annexe 2).

Ces dispositions s'appliquent à compter du 1er janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes susmentionnées.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire. En outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, la Mutuelle s'assure de l'absence de prise en charge durant lesdites périodes au titre d'un contrat responsable souscrit auprès d'elle par le membre participant ou l'ayant droit concerné.

Lorsque le membre participant (ou ayant droit) acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour le membre participant (ou ayant droit) ayant :
 - une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces assurés, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties du contrat peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements, sur la période correspondant à son cas, corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.
 - une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces assurés, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...).

- La garantie Optique permet également le remboursement d'un équipement mixte d'optique médicale composé de verres de classe B et d'une monture de classe A ou inversement. Dans ce cas, le plafond limite de prise en charge appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, les éléments de l'équipement relevant de la classe A étant pris en charge intégralement **dans la limite des prix limites de vente** et déduit dudit plafond.

d. Le forfait lentilles

Le forfait lentilles est attribué pour l'achat de lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale.

13-3 : Le dentaire

Dans le cadre de la réforme du « 100% santé », la convention dentaire organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie a défini une liste d'actes prothétiques, dits actes « à entente directe ». Ces actes sont répartis entre trois paniers de soins définis à l'annexe V de la convention dentaire :

- Le panier 100 % Santé, sans reste à charge : actes à entente directe limitée (application des honoraires limites de facturation (HLF) sans reste à charge.
- Le panier à tarifs maîtrisés : actes à entente directe limitée (application des HLF) avec reste à charge.
- Le panier à tarifs libres : actes à entente directe libre (pas d'HLF) avec reste à charge.

Les différents paniers sont pris en charge par la garantie principale « Freelance » dans les conditions qui suivent.

a. Le panier 100% Santé

Prise en charge à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par le membre participant, en sus des tarifs de responsabilité :

- dans la limite des honoraires maximaux de facturation,
- pour les actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge tels que définis dans la convention du 17 juin 2018 modifiée,
- aux dates fixées par voie réglementaire .

b. Paniers à tarifs maîtrisés et libres

- Prothèses dentaires remboursées à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

c. Prestations complémentaires

Sont également pris en charge :

- Les soins dentaires, l'orthodontie et l'implantologie (remboursés à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ;
- Deux séances de détartrage par année.

13.4 : Les aides auditives

Dans le cadre de la réforme du « 100 % santé », les aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie ont été définies et classées en deux groupes (classe 1 et classe 2) selon leurs caractéristiques techniques, par voie réglementaire.

Les aides auditives 100 % Santé (classe 1) font l'objet d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires, elles sont donc sans reste à charge pour l'assuré **dans la limite des prix limites de vente.**

Les aides auditives hors 100 % Santé (classe 2) peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré.

i. Aides auditives 100 % Santé Classe 1

En cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 1, la garantie permet le remboursement :

- du Ticket Modérateur et,
- des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, **dans la limite des prix limites de vente.**

ii. Aides auditives hors 100 % Santé Classe 2

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, en cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 2, la garantie permet le remboursement, par aide auditive :

- au minimum du Ticket Modérateur et,
- au maximum d'une somme égale à 1.700 euros. Ce plafond inclut la part des dépenses prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire et le Ticket Modérateur. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

iii. Dispositions communes aux dispositifs relevant de la classe 1 et de la classe 2

Quelle que soit la catégorie de garantie choisie, la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Ces règles s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

L'appréciation de la période de quatre ans se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire. La Mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant ladite période.

13.5 : Les autres prestations

- Forfait médecines douces et actes de prévention.

Risques limités : La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM et OPTAM-CO) est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif opposable ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO), en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'Assurance Maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée).

Ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'Assurance Maladie obligatoire. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec cette dernière, la base de remboursement qui est retenue est celle du tarif d'autorité.

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique.

Risques exclus : les actes de chirurgie esthétique et/ou réparatrice non pris en charge par la Sécurité sociale.

Article 14 : Composantes des renforts

Le détail de ces prises en charge renforcées figure dans le tableau de garanties.

Article 15 : Date de prise en compte pour la détermination du droit au remboursement des prestations

Le droit au remboursement des prestations liées à la chambre particulière et au forfait dentaire, est soumis à un **délai de carence d'un mois**.

Le délai de carence ne s'applique pas si le membre participant était couvert par un organisme assurant des prestations complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances...) moins de deux mois avant la date d'effet de la garantie ou si les prestations sont liées à un accident survenu après cette date.

- 1. Actes des praticiens prescripteurs (médecins, dentistes, sages-femmes) :** date des soins.
- 2. Actes des auxiliaires médicaux :** date d'exécution.
- 3. Médicaments - accessoires - pansements - optique - autres fournitures :** date d'exécution.
- 4. Prothèses dentaires :** date d'exécution.
- 5. Appareillage :** date d'exécution.
- 6. Analyses médicales :** date d'exécution.
- 7. Transports** en ambulance, en VSL, en taxi ou autre moyen personnel ou public : date du déplacement.
- 8. Hospitalisation** pour les frais de séjour et honoraires : chaque journée d'hospitalisation.
- 9. Cures thermales :** date d'exécution.
- 10. Cas particuliers** pour les décomptes qui ont été établis par un organisme gérant un régime d'Assurance Maladie français : lorsque la demande de prestations est effectuée sur présentation de décomptes de règlements établis un organisme gérant un régime d'Assurance Maladie français qui est intervenu dans un premier temps, la date prise en considération est la date des soins précisée sur le décompte. Le membre participant devra communiquer les volets de facturation établis par les professionnels de santé destinés à la Mutuelle. L'ensemble de ces précisions peut être fourni par un certificat du premier organisme payeur. En cas d'impossibilité pour le membre participant de fournir les détails nécessaires pour la prise en charge, il devra certifier sur l'honneur que les soins ont été exécutés pendant la période d'ouverture des droits.
- 11. Pour les forfaits :** date d'exécution.

Article 16 : Prescription du droit aux remboursements

Le droit aux remboursements des prestations mutualistes se prescrit à compter de la date du début des soins jusqu'au terme d'une période de deux ans.

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 17 : Expertise en cas de désaccord

- s'il y a 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 du membre participant.

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. Lorsque les conséquences du sinistre sont aggravées par le refus ou la négligence du membre participant de se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état, l'indemnité est fixée d'après les suites que le même sinistre aurait eues chez une personne ayant suivi un traitement médical approprié.

Article 18 : Prescription

Toutes les actions dérivant de l'adhésion au présent règlement mutualiste sont prescrites, c'est-à-dire ne peuvent plus être exercées au-delà de deux ans à compter de l'événement qui leur 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 sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Article 19 : Modalités de résiliation

19-1 : Résiliation annuelle

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en adressant, à la mutuelle, une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux mois avant la date d'échéance.

19-2 : Résiliation à tout moment

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalité.

La notification de cette dénonciation se fait au choix du membre participant :

- Soit par lettre ou tout autre support durable,
- Soit par déclaration faite au siège social ou à l'une des agences de la Mutuelle,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication à distance que celui proposé par la Mutuelle pour l'adhésion du membre participant.

La résiliation prend effet un mois après la réception par la Mutuelle de la notification dont cette dernière devra confirmer par écrit la réception.

19-3 : Cas de résiliations exceptionnelles en cours d'année

Cadre général

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en adressant, à la mutuelle, un courrier accompagné de toutes les pièces justifiant sa demande de résiliation. La nature des pièces attendues est précisée dans les paragraphes suivants pour chacun des cas de résiliation autorisés.

La prise en compte de la demande de résiliation anticipée ne peut intervenir qu'une fois que la mutuelle sera en possession de toutes les pièces justificatives.

La garantie complémentaire prend alors fin le dernier jour du mois en cours.

La Mutuelle rembourse au membre participant qui s'est acquitté de l'intégralité de ses cotisations, la partie des cotisations correspondant à la période non couverte par la garantie, période calculée à compter de la date de fin de la garantie jusqu'à la fin initialement convenue et/ou théorique de la garantie, si celle-ci n'avait pas fait l'objet d'une résiliation anticipée.

Suspension et résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties, dix (10) jours après l'expiration du délai de trente jours, prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que les frais de poursuites et de recouvrement, dont notamment ceux visés à l'article 5-2 du présent règlement.

Résiliation suite à l'adhésion d'un contrat collectif obligatoire

Justificatif attendu : attestation tamponnée et signée de l'employeur précisant le caractère obligatoire et collectif du contrat.

Résiliation suite à l'obtention de la Complémentaire santé solidaire sans participation financière

Justificatif attendu : attestation de droits délivrée par le Régime Obligatoire (RO).

Résiliation suite à l'obtention de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière

Justificatif attendu : attestation de souscription au contrat mentionnant la date de début des droits de la garantie.

Résiliation pour un départ à l'étranger

La Mutuelle accepte les demandes de résiliation en cours d'année pour cause de départ à l'étranger si la durée du séjour chevauche d'au moins 6 mois la durée de la garantie.

La garantie prend fin le dernier jour du mois au cours duquel le départ à l'étranger a lieu, seulement si la demande de résiliation est antérieure à la date de départ prévue.

Justificatif attendu : billet d'avion, bail à l'étranger, contrat de travail à l'étranger ou tout justificatif attestant d'un séjour à l'étranger.

Résiliation suite à une affiliation à un régime spécial

Justificatif attendu : attestation de l'affiliation à un régime spécial de Sécurité sociale et à la complémentaire santé du même organisme.

Résiliation suite au changement ou à la disparition des conditions d'adhésion liées au champ de recrutement

Ainsi que l'édicte l'article L 221-17 du Code de la mutualité, pour les opérations individuelles, et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité.

Il peut être mis fin à l'adhésion pour chacune des garanties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

Article 20 : Fonds d'entraide mutualiste**Définition**

Dans le cadre de son action sociale et de solidarité, la Mutuelle peut accorder des allocations exceptionnelles à ses membres participants ainsi qu'à leurs ayants droit lorsque leur situation le justifie.

Les bénéficiaires

- les membres participants de la Mutuelle ;
- leurs ayants droit.

Ces qualités s'apprécient à la date retenue pour l'examen du droit aux prestations.

Domaines d'intervention

- aider les membres participants subissant des difficultés exceptionnelles en prenant en charge une partie de leurs cotisations du régime complémentaire maladie ;
- permettre le remboursement de prestations non statutaires chaque fois que le membre participant de la Mutuelle se trouve dans une situation exceptionnelle et d'une particulière gravité.

Modalités d'attribution

Toute personne souhaitant être bénéficiaire d'une allocation au titre du fonds d'entraide soumet au Conseil d'Administration de la Mutuelle une demande motivée et étayée par des pièces justificatives. C'est au Conseil d'Administration en premier et en dernier ressort qu'il appartient d'étudier les demandes qui lui sont soumises soit pour les accepter, soit pour les rejeter, et ce totalement ou partiellement.

Constitution du fonds

La constitution du « Fonds d'Entraide Mutualiste » est assurée par une dotation votée annuellement par l'Assemblée Générale.

Article 21 : Traitement des réclamations - Médiation - Autorité de Contrôle

Sur les réclamations

Le service réclamations de la Mutuelle peut être saisi par le membre participant selon l'une quelconque des voies suivantes :

- Par courrier : le courrier accompagné des pièces justificatives doit être adressé à HEYME - Service Adhésions / Réclamations – CS 70028 – 13272 MARSEILLE CEDEX 08 ;
- Par téléphone : au 09 71 09 07 07 du lundi au vendredi de 9h à 18h.

Sur la médiation

La médiation est un mode de règlement des litiges, hors des voies judiciaires et contentieuses, privilégiant la recherche d'une entente entre les parties.

Elle permet par l'intervention d'un tiers indépendant et impartial, le médiateur, de résoudre le différend grâce à un processus amiable et confidentiel. Le médiateur ne peut être saisi par le membre participant ou par la Mutuelle, sous peine d'irrecevabilité, qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à la Mutuelle et ce dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation que le membre participant a adressé à la Mutuelle.

Le médiateur intervient dans le cadre des offres de complémentaire santé uniquement.

Les modalités de saisine du médiateur sont les suivantes. Toute demande de médiation doit être formulée soit :

- par écrit, à l'adresse suivante : Médiateur de la FNIM – 4, Avenue de l'Opéra – 75001 Paris ;
- par email : mediateur@fnim.fr.

Pour consulter la charte de médiation : www.fnim.fr/mediation-de-la-fnim.html

Sur l'autorité de contrôle

En application de l'article L 510-1 du Code de la mutualité le contrôle de l'Etat sur les mutuelles, unions et fédérations régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Pour joindre cette Autorité Administrative Indépendante (AAI) :

- adresser un courrier à l'adresse suivante : ACPR – 4, place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 ;
- téléphoner au 08 111 901 801 (prix d'un appel local à partir de la France métropolitaine de 8h à 18h, du lundi au vendredi) ;
- se rendre sur son site internet : www.abe-infoservice.fr.

Article 22 : Protection des données personnelles

Le traitement des informations personnelles recueillies par la Mutuelle est effectué sous la responsabilité de cette dernière et exclusivement aux fins de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet et en conformité avec les dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016.

Les données personnelles détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant.

Aucune donnée personnelle traitée ou détenue ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

La mutuelle a mis en place des mesures de sécurité techniques, physiques et administratives afin d'assurer la confidentialité des données personnelles traitées ou détenues.

Les données personnelles des membres participants sont conservées pendant la durée de leur adhésion à la mutuelle et pendant la durée du délai de prescription tel que visé à l'article L.221-11 du code de la mutualité.

Tout membre de la mutuelle ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité (lorsqu'il s'applique) et d'opposition à toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle. Il peut exercer ces droits en s'adressant au service DPO de la Mutuelle à l'adresse dpo@heyme.care.

Article 23 : Droit applicable - langue des échanges entre la Mutuelle et les membres participants

Le présent règlement mutualiste, ainsi que l'ensemble des droits et obligations en découlant, sont régis par le droit français.

La langue officielle des échanges, tant écrits que verbaux, entre les membres participants et la Mutuelle est le français.

**NOTICES D'INFORMATIONS RELATIVES AUX GARANTIES PROPOSEES PAR LA SMGP
ET SOUSCRITES AUPRES DE TIERS ASSUREURS**

PREVOYANCE

Conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances, la présente Notice a été établie par la MUTUALP (ci-après désignée la « Mutuelle ») en sa qualité d'assureur du contrat, sous le numéro de police 0602000011/01.

Assureur : MUTUALP, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au RCS de Lyon sous le N° 950 396 911, dont le siège social est situé au 144 rue Garibaldi 69006 Lyon.

La présente notice vient compléter les dispositions du règlement mutualiste.

Article 1 : Objet

Le présent contrat a pour objet de garantir au membre participant, le versement des prestations suivantes en cas de maladie ou d'accident :

- un capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- une indemnité journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ;
- une rente en cas d'Invalidité Permanente.

Le capital décès ne peut être affecté à la couverture d'un prêt.

Article 2 : Conditions d'adhésion

Pour bénéficier des garanties de prévoyance le membre participant doit être âgé de 18 à 65 ans au jour de l'adhésion, résider et exercer son activité professionnelle en France et bénéficier d'un régime obligatoire de sécurité sociale français.

Il est ici rappelé au membre participant que le bénéfice des garanties de prévoyance est subordonné à l'adhésion pleine et entière à la présente notice. Ce dernier devra en ce sens compléter, dater et signer le bulletin d'adhésion et accomplir toutes formalités demandées par la Mutuelle et jointes à la demande d'adhésion.

Les déclarations faites par le membre participant servent de base à l'adhésion.

En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions de l'article L221-14 ou L221-15 du Code de la Mutualité.

2-1 : Conditions spécifiques aux TNS

Pour devenir adhérent, le travailleur non salarié doit exercer son activité sous l'un des statuts suivants :

- exploitants individuels ;
- membres des professions libérales ;
- gérant non-salariés d'une société de personnes ;
- gérant majoritaire non salarié d'une SARL ou d'une SELARL (société d'exercice libéral à responsabilité limitée) ;
- gérant d'une société en commandite par actions ;
- associé unique d'EURL n'ayant pas opté pour son assujettissement à l'impôt sur les sociétés ;
- conjoint collaborateur non rémunéré par le TNS.

2-2 : Professions exclues

Pour bénéficier des garanties de prévoyance le membre participant ne doit en aucun cas exercer une des professions suivantes :

Agent de sécurité	Élagueur	Professionnels de la
Agent dans les BTP	Ferrailleur	parapsychologie
Agriculteur	Guide de chasse	Récupérateur
Aide-soignant	Guide de montagne	Rééducateur
Artiste	Infirmier	Reporter
Bûcheron	Masseur-Kinésithérapeute	Scaphandrier
Chiffonnier	Moniteur d'aviation	Spéléologue
Chiropracteur	Moniteur de ski	Sportifs professionnels
Convoyeur de fonds	Patron pêcheur	Technicien du spectacle
Débardeur	Pilote	Technicien du spectacle
Déménageur	Professionnels du cirque et	Ostéopathe
Démolisseur	forains	
Enquêteur privé		
Exploitant forestier		

Toute modification en cours d'année pour l'une des professions listées ci-dessus, entrainera l'arrêt définitif du bénéfice du membre participant aux garanties de prévoyance.

Article 3 : Conditions pour bénéficier du régime fiscal Madelin

Le membre participant souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations doit :

- être à jour des cotisations sociales auprès des régimes obligatoires (sur justificatifs),
- exercer de manière effective une activité professionnelle non salariée,
- avoir ses revenus imposables dans les catégories BIC et BNC.

Article 4 : Changement de situation du membre participant

Sous peine de l'application des dispositions prévues en cas de fausse déclaration, le membre participant a l'obligation de signaler dans les 3 mois au plus tard de la survenance de l'évènement :

- le changement ou la perte de son statut ;
- toute modification ou cessation d'activité professionnelle, ainsi que les conditions d'exercice de son activité professionnelle ;
- plus généralement tout changement de nature à modifier le risque assuré.

Si la modification déclarée génère une aggravation du risque assuré, la Mutuelle proposera de nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations. Le membre participant dispose d'un délai de 30 jours pour demander la résiliation de son adhésion à compter de la réception de la proposition de l'organisme assureur.

Article 5 : Ouverture des droits

L'ouverture et la fin des droits des garanties prévoyance interviennent dans les conditions de l'article 11 du règlement mutualiste.

Pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail, le droit aux prestations est acquis au membre participant après l'expiration d'un délai de franchise suivant, tel que choisi lors de l'adhésion :

- ✓ Franchise : 15 jours /3 jours /0 jour (Maladie/Accident/Hospitalisation)
- ✓ Franchise : 7/3/0 (Maladie/Accident/Hospitalisation)
- ✓ Franchise : 90/3/0 (Maladie/Accident/Hospitalisation)

Article 6 : Les garanties de prévoyance

6-1 : Garanties en cas de Décès/Perte totale et irréversible d'autonomie consécutif à une maladie ou un accident (PTIA)

En cas de décès, jusqu'au 70^{ème} anniversaire ou de PTIA jusqu'au 65^{ème} anniversaire du membre participant, survenant pendant la validité de l'adhésion, il est versé aux bénéficiaires désignés un capital, dont le montant varie selon le niveau de garantie souscrit.

Le versement du capital en cas de Décès ou de PTIA met fin à l'ensemble des garanties du présent contrat. Si le membre participant a demandé à bénéficier des dispositions de la loi Madelin, les capitaux seront nécessairement versés sous forme de rente viagère. Les modalités de calcul de la rente seront déterminées sur les bases techniques pratiquées au jour du décès.

Modalités et incidences liées au choix du(es) bénéficiaire(s)

Le membre participant désigne le(s) bénéficiaire(s) du capital décès lors de l'adhésion ou ultérieurement par avenant au contrat, via le formulaire de Désignation de bénéficiaires.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, le membre participant doit porter au contrat les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par la Mutuelle en cas de décès du membre participant.

À défaut de désignation expresse d'un bénéficiaire par le membre participant ou si la désignation faite par le membre participant est caduque ou sans effet, les sommes dues sont versées :

- au conjoint non séparé judiciairement de corps ou au signataire d'un Pacte Civil de Solidarité,
- à défaut aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés à parts égales entre eux,
- à défaut aux père et mère par parts égales ou au survivant d'entre eux,
- à défaut aux héritiers du membre participant selon la dévolution successorale.

Pour être bénéficiaire du capital décès, le concubin doit faire l'objet d'une désignation particulière nominative.

Le membre participant est informé que toute désignation de bénéficiaire qui ne serait pas portée à la connaissance de la Mutuelle ne lui sera pas opposable.

Hormis l'hypothèse d'une acceptation par le bénéficiaire, le membre participant peut changer son bénéficiaire selon ses souhaits. Il est porté à la connaissance du membre participant qu'en cas d'acceptation par le bénéficiaire de la stipulation faite à son profit, cette désignation, excepté renonciation écrite faite par le bénéficiaire, revêt un caractère irrévocable, sauf dispositions légales particulières.

L'acceptation peut être faite :

- soit par un avenant signé de la Mutuelle, du membre participant et du bénéficiaire ;
- soit par acte authentique ou par un acte sous seing privé, signé du membre participant et du bénéficiaire (dans ce cas, elle n'a d'effet à l'encontre de la Mutuelle que lorsqu'il lui a été notifié par écrit).

6-2 : Garantie indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail

Le membre participant s'engage à ce que le niveau de garanties sélectionné en cas d'Incapacité Temporaire de Travail et d'Invalidité Permanente Totale soit limité à celui de ses derniers Revenus Professionnels, et/ou Dividendes nets déclarés à l'administration fiscale.

La garantie indemnité journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail a pour objet de verser au membre participant en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail reconnue médicalement par son régime obligatoire par suite de maladie ou d'accident garanti, jusqu'à son 67^{ème} anniversaire, une indemnité journalière. Cette indemnité varie selon le niveau de garantie souscrit.

6.2.1 : Cas particulier de la reprise partielle d'activité dans un but thérapeutique

En cas de reprise partielle par le membre participant de son activité dans un but thérapeutique, après validation du Médecin Conseil, et suite à une indemnisation d'une durée minimale de 90 jours continus pour l'Incapacité Temporaire Totale de Travail, il pourra être versé forfaitairement pour une durée maximale de 180 jours une indemnité journalière égale à 50 % de l'indemnité journalière versée au cours de l'Incapacité Temporaire Totale de travail. En tout état de cause, la somme des revenus de l'activité partielle augmentée des prestations prévoyance versées au

titre du présent contrat doit se limiter au revenu d'activité.

6.2.2 : Rechute

Lorsqu'une même maladie ou un même accident indemnisé entraîne un second arrêt consécutif, il n'est plus fait application de la franchise, sous réserve que la reprise de l'activité ne soit pas supérieure à deux (2) mois, et que l'adhésion soit toujours en vigueur.

Dans le cas contraire, l'indemnisation débutera après expiration du délai de franchise choisi.

6-3 : Garantie rente en cas d'invalidité permanente

La garantie rente en cas d'invalidité permanente a pour objet de procurer au membre participant en état d'Invalidité Permanente, jusqu'à son 67^{ème} anniversaire, une rente selon le niveau de garantie souscrit.

La constatation médicale de l'état de santé du membre participant peut être effectuée dans les conditions de l'article 6-2 ci-dessus.

6.3.1 : calcul du taux d'invalidité N

Le taux d'invalidité "N" est déterminé par expertise en fonction :

- de l'invalidité fonctionnelle (barème fonctionnel indicatif des invalidités en droit commun) : elle est fondée uniquement sur la diminution de la capacité, indépendamment de toute considération professionnelle. Ce taux est estimé, s'il y a lieu, en tenant compte des invalidités préexistantes.
- de l'invalidité professionnelle par rapport à l'activité exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normales, des possibilités d'exercice restantes, ainsi que de sa capacité éventuelle à effectuer une reconversion dans son domaine de qualification professionnelle.

Ce taux varie entre 0 et 100 %.

Lorsque le taux d'invalidité "N" est :

- supérieur ou égal à 66 %, le membre participant se trouve en état d'Invalidité Permanente Totale, la rente est alors servie intégralement ;
- compris entre 33 et 66 %, le membre participant se trouve en état d'Invalidité Permanente Partielle, la rente est alors égale au taux d'invalidité « N » multiplié par le 66^{ème} de la rente totale ;
- inférieur à 33 %, aucune rente n'est servie.

6.3.2 : Modalités d'attribution de la rente d'Invalidité Permanente

La rente est toujours accordée à titre temporaire.

Le taux d'invalidité peut être révisé à tout moment en fonction de l'évolution médicalement constatée de l'état de santé du membre participant. Ce dernier devra par ailleurs déclarer à la mutuelle, toute modification du taux d'invalidité par son régime de prévoyance obligatoire.

Article 7 : Modification des garanties

La modification de garantie en cours d'année se fait dans les conditions de l'article 6 du règlement mutualiste sous réserve pour le membre participant de respecter les conditions suivantes :

- ne pas avoir de sinistre en cours d'indemnisation au titre du présent contrat au jour de la demande ;
- compléter la demande de modification fournie par la Mutuelle ;
- se soumettre à une nouvelle étude médicale le cas échéant.

Article 8 : Zone géographique

Les garanties sont acquises en France entière.

Article 9 : Modalités de mise en œuvre des garanties

Sous peine d'être déchu du droit aux prestations, le membre participant devra :

- se prêter à tout examen ou expertise des médecins mandatés par la Mutuelle ;
- fournir toutes pièces que le médecin mandaté par la Mutuelle jugera nécessaire de lui demander ;
- autoriser l'accès à son domicile à toute personne mandatée par la Mutuelle tous les jours ouvrables entre 9 heures et 21 heures ;
- si arrêt de travail : rester à son domicile, en dehors des heures de sortie prévues par son médecin traitant.

À défaut, le membre participant peut être déchu de tout droit à prestations.

9-1 : Déclaration de sinistres

En cas de décès du membre participant, la déclaration doit être faite dans les plus brefs délais.

Le capital prévu est versé par la Mutuelle après réception des pièces justificatives suivantes :

- le formulaire de déclaration de décès fournie par la Mutuelle et complétée par le médecin traitant du membre participant ;
- l'original de l'acte de décès du membre participant ;
- la copie de la pièce d'identité du ou des bénéficiaire(s) désigné(s) ;
- pièces justifiant de la qualité du bénéficiaire (copie du livret de famille de l'assuré ou du

certificat d'hérédité fourni par la Mairie, copie intégrale de l'acte de naissance, acte notarié, ...) ; en cas de concubinage, un certificat de vie commune délivrée par la Mairie ou une attestation sur l'honneur ainsi qu'un justificatif de domicile commun (quittance de loyer, facture de téléphone).

En cas de PTIA, la déclaration doit également être faite dans les plus brefs délais.

Le capital prévu est versé par la Mutuelle après réception et étude du Médecin conseil, d'un certificat médical détaillé qui précise obligatoirement :

- la nature de l'invalidité,
- la date de constatation médicale de la maladie ou de la survenance de l'accident entraînant l'invalidité,
- le caractère définitif de l'invalidité,
- la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce

personne. Si la PTIA résulte d'un accident :

- une copie du rapport de police ou de gendarmerie.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou en cas d'Invalidité Permanente, la déclaration de l'arrêt de travail doit être faite dans un délai de 30 (trente) jours maximum.

La prestation prévue en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente est versée après réception par la Mutuelle et étude du Médecin conseil, des pièces justificatives suivantes :

- la déclaration d'incapacité de travail fournie par la Mutuelle ou par le gestionnaire et complétée par le membre participant ;
- l'attestation médicale fournie par la Mutuelle ou par le gestionnaire et complétée par le médecin du membre participant ;
- le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail ou la reprise partielle dans un but thérapeutique, ou s'il y a lieu, le bulletin d'hospitalisation ;
- en cas d'accident : une copie du rapport de police ou de gendarmerie ;
- les pièces justifiant de la profession du membre participant, de son statut, et de l'exercice effectif d'une activité professionnelle au jour de l'événement.

9-2 : Versement des prestations

9.2.1 : Paiement du capital Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Le capital prévu est versé en euros au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le membre participant dans un délai de trente (30) jours maximums après réception du dossier complet, et sous réserve qu'après étude du dossier, la garantie soit acquise.

Le capital décès garanti est revalorisé à compter du décès du membre participant et jusqu'à la réception des pièces nécessaires au paiement, dans les conditions fixées par les articles L. 132-5 et R. 132-3-1 du Code des assurances ou le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des

dépôts et consignations en application de l'article L. 132-27-2 du Code des assurances.

9.2.2 : Paiement des indemnités journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail

L'indemnité journalière prévue est versée en euros mensuellement et à terme échu.

Elle est servie dès la date de reconnaissance de l'incapacité par le Médecin Conseil et au plus tôt à partir de la fin du délai de franchise de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail. Elle prend fin :

- lorsque l'Incapacité Temporaire Totale de travail cesse d'être totale, excepté en cas de reprise partielle dans un but thérapeutique ;
- au plus tard au 1095^{ème} jour d'Incapacité Temporaire Totale de travail ;
- à la date de reconnaissance de l'Invalidité Permanente ;
- en cas de refus du membre participant de se soumettre à un contrôle médical ;
- en cas d'absence injustifiée du membre participant de son domicile ;
- lorsque le membre participant fait valoir ses droits à la retraite et au plus tard lorsqu'il atteint son 67^{ème} anniversaire.

9.2.3 : Paiement de la rente d'invalidité en cas d'Invalidité Permanente

La rente invalidité prévue est versée en euros trimestriellement et à terme échu. Elle est servie dès la date de reconnaissance de l'invalidité par le Médecin Conseil. Elle prend fin :

- lorsque l'état d'Invalidité Permanente cesse ;
- lorsque le taux d'invalidité "N" devient inférieur à 33 % ;
- en cas de refus du membre participant de se soumettre à un contrôle médical ;
- en cas d'absence injustifiée du membre participant de son domicile ;
- lorsque le membre participant fait valoir ses droits à la retraite et au plus tard lorsqu'il atteint son 67^{ème} anniversaire.

9.2.4 : Revalorisation des prestations

Les rentes versées en cas d'Invalidité Permanente, les indemnités journalières versées en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et les rentes versées en cas de décès par application du dispositif Madelin, sont revalorisées en fonction des réserves disponibles dans le fonds de revalorisation défini dans le compte de résultats.

La revalorisation est effectuée à chaque 1er janvier, dès lors que les prestations sont servies depuis au moins un an. Elle est limitée au maximum à l'évolution du point de retraite AGIRC-ARRCO, constatée le 1er janvier de l'année N-1 par rapport au 1er janvier de l'année N-2.

9.2.5 : Expertise en cas de désaccord

- s'il y a 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 Judiciaire du domicile du membre participant.

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. Lorsque les conséquences du sinistre sont aggravées par le refus ou la négligence du membre participant de se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état, l'indemnité est fixée d'après les suites que le même sinistre aurait eues chez une personne ayant suivi un traitement médical approprié.

Article 10 : Maintien des garanties

En cas de cessation de l'activité professionnelle après la première année d'adhésion, pour l'un des motifs suivants, le membre participant peut demander à bénéficier d'un maintien des garanties :

1. Perte du statut de travailleur non salarié survenant suite à :
 - la cessation volontaire de l'activité déclarée au moment de l'adhésion ;
 - la perte de l'autorisation administrative d'exercer l'activité, non consécutive à une décision de justice ou une sanction de l'autorité administrative ;
2. Liquidation judiciaire.

Le membre participant dispose à cet effet de la possibilité de demander le maintien des garanties en cours au moment de la survenance de l'événement ou de nouvelles garanties.

Ce choix des garanties est définitif pour toute la durée du maintien.

➤ Prise d'effet du maintien

Les garanties sont maintenues :

- a) En cas de perte du statut de travailleurs non salarié, à compter :
 - du lendemain de la date de la cessation effective de l'activité ;
 - ou du lendemain de la fin de validité de l'autorisation administrative ;
 - ou du lendemain de la signification de l'autorité publique du retrait de l'autorisation ou de l'agrément.
- b) En cas de liquidation judiciaire, à compter :
 - du lendemain du jugement de clôture de la liquidation judiciaire.

➤ Pièces justificatives à fournir

Pour le maintien de ses garanties, le membre participant devra fournir les pièces suivantes.

Dans tous les cas :

- une attestation sur l'honneur de non reprise d'une activité professionnelle même partielle.

En cas de perte du statut de travailleurs non salarié :

- une attestation de radiation de l'organisme de tutelle
- une attestation comptable de cession des parts ou copie de l'acte de cession des parts ;
- la copie de la décision administrative de retrait d'agrément ou d'autorisation d'exercer

l'activité.

En cas de liquidation judiciaire entraînant :

- la copie du jugement de clôture de liquidation.

➤ **Fin du maintien**

Il est mis fin au maintien des garanties du membre participant par la Mutuelle :

- à l'issue du 12^{ème} mois suivant la prise d'effet du maintien des garanties, dès lors que ce dernier n'a pas repris une activité professionnelle ;
- à la date de sa reprise d'une activité professionnelle ;
- à la date de résiliation du contrat par la Mutuelle ou le membre participant ;

- à la date de la liquidation de sa pension vieillesse du régime obligatoire ;
- à son décès.

➤ **Reprise de l'adhésion**

En cas de reprise d'une activité professionnelle assurable pendant le maintien de garantie, le membre participant peut demander la poursuite de son adhésion en complétant le formulaire de demande de modification fourni par la Mutuelle.

Article 11 : Fausse déclaration

Le membre participant est prévenu que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite à la souscription ou en cours de contrat, même si elle a été sans influence sur le sinistre, entraîne l'application, suivant le cas, des dispositions des articles suivants du Code de la Mutualité :

Article L. 121-14 du Code de la mutualité (nullité du contrat).

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle 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 ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

Lorsque l'adhésion à la mutuelle ou à l'union résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou dans un accord professionnel ou interprofessionnel, les deux premiers alinéas ne s'appliquent pas.

Article L221-15 du Code la mutualité (réduction des prestations, nullité et réduction des indemnités)

Pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle ou l'union a le droit de maintenir

l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle ou l'union restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 12 : Exclusions et limitations

Exclusions :

Les conséquences des événements suivants ne sont pas garanties par le contrat :

- le suicide, pendant la première année suivant l'adhésion ;
- les maladies, invalidités et accidents manifestés antérieurement à la prise d'effet des garanties et non déclarés à l'organisme assureur ;
- la guerre étrangère, la guerre civile ;
- les accidents d'avion lorsque le membre participant se trouve à bord, en qualité de pilote, d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité en cours de validation ou sans posséder un brevet et une licence valides correspondant au type d'appareil concerné ;
- les accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record ;
- les rayonnements ionisants et les inhalations de particules d'amiante, lorsque le membre participant y est exposé de manière prévisible (fut-ce par intermittence) en raison et au cours de son activité professionnelle habituelle ;
- les émeutes, les mouvements populaires, les actes de terrorisme ;
- les maladies ou accidents qui résultent du fait intentionnel du bénéficiaire (art. L. 132-24 du Code des assurances) et d'une façon générale tous les cas prévus par la loi ;
- les pathologies, invalidités et accidents manifestés antérieurement à la prise d'effet des garanties (ou la remise en vigueur des garanties ou la date d'augmentation des garanties) ;
- les accidents qui proviennent directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ;
- les sinistres survenus alors que l'assuré était sous l'emprise d'un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre et qu'il est reconnu comme étant responsable de l'accident ;
- les sinistres résultant de l'usage de produits stupéfiants ou hallucinogènes ;
- les sports pratiqués à titre professionnel et leurs conséquences, les paris ou défis, ainsi que tout sport pratiqué en qualité d'amateur licencié participant à des compétitions, matchs ou paris comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcations à moteur .

Il est toutefois porté à la connaissance du membre participant que les maladies, invalidités et accidents manifestés antérieurement à la prise d'effet des garanties qui ont été déclarés à

l'organisme assureur sur le questionnaire de santé et qui n'ont pas fait l'objet par ce dernier d'une exclusion ou d'une limitation dans le certificat d'adhésion sont couvertes par les garanties.

Limitations :

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente

Le service des indemnités journalières est suspendu pendant la période du congé légal de maternité du membre participant.

Les maladies en rapport avec une grossesse ou avec la procréation assistée donnent lieu à indemnisation si elles sont reconnues comme pathologiques par le Médecin Conseil.

La prestation prévue pour les garanties de revenu en cas de maladie ou d'accident (indemnité journalière et rente invalidité) est versée au maximum pendant 1095 jours sur toute la durée du contrat, lorsque l'incapacité temporaire totale de travail ou l'invalidité permanente est consécutive à une ou plusieurs des pathologies suivantes :

- les troubles psychologiques
- l'asthénie
- l'anxiété
- la spasmophilie
- les maladies nerveuses, psychosomatiques, névrotiques
- les états dépressifs de toute nature
- les aliénations mentales

- les troubles de l'alimentation
- les troubles de la personnalité et/ou du comportement
- le "Burn out" ou syndrome d'épuisement professionnel
- la fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique

La durée maximale d'indemnisation, au titre des garanties incapacité et invalidité, s'entend pour l'ensemble des pathologies listées ci- dessus.

ASSISTANCE RAPATRIEMENT

Conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances, la présente Notice a été établie par CHUBB European Group SE, en sa qualité d'assureur du contrat.

Police collective 5 140 740 / adhésion UMGP

Assureur : Chubb European Group SE, entreprise régie par le Code des assurances, au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374. Courtier : S2C – Sud Courtage et Conseil (SARL de courtage d'assurances au capital de 7 622,45 € – Siège social : 432, Bd Michelet 13009 Marseille – ORIAS : 07 030 727 - RCS Marseille B 395 214 646 00022).

1 – DÉFINITIONS ET CONDITIONS D'ACCÈS AUX PRESTATIONS

ASSUREUR

Chubb European Group SE.

SOUSCRIPTEUR

S2C – Sud Courtage et Conseil – 432, Bd Michelet – 13009 Marseille

ASSURÉS

Les adhérents des Mutuelles ayant adhéré à la présente police groupe. Sont concernés tous les adhérents qui ont souscrit l'une des garanties mutualistes proposée par la SMEREP.

BÉNÉFICIAIRE

La personne qui reçoit de l'Assureur les sommes dues au titre des sinistres.

En cas de décès de l'Assuré, à moins qu'une autre personne n'ait été désignée par l'Assuré, le Bénéficiaire est le conjoint survivant, ni divorcé ni séparé de corps judiciairement et à défaut ses ayants droit.

Dans les autres cas, les sommes dues seront payées à l'Assuré. Sont exclues du bénéfice de l'assurance, les personnes qui auraient volontairement provoqué l'Accident.

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un Assuré et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle, sous réserve des exclusions énumérées ci-après.

- Sont assimilés aux accidents :

Les infections causées directement par un accident garanti, à l'exclusion de toute infection résultant de l'intervention humaine après un accident garanti.

Les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives.

L'asphyxie due à l'action imprévue de gaz ou de vapeurs.

La noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté.

Les gelures, coups de chaleur, insolation ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écoulement, avalanche, et inondation.

Les lésions corporelles résultant d'agression ou d'attentat dont l'Assuré serait victime sauf s'il est prouvé qu'il aurait pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements.

MALADIE

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

DECHEANCE

Privation du droit aux sommes prévues dans le contrat par suite du non-respect par l'Assuré de certaines obligations qui lui sont imposées.

TERRITORIALITE

Les prestations d'assistance s'appliquent à l'occasion de déplacements de loisirs sans franchise kilométrique dans le monde entier à l'exclusion des pays en état de guerre ou d'instabilité politique notoire ou qui restreignent strictement la libre circulation des personnes dans leur territoire.

Sont exclus du présent contrat les événements survenus dans le pays dont est ressortissant un bénéficiaire de nationalité étrangère résidant en France et dans le pays de deuxième nationalité pour un bénéficiaire ayant une double nationalité dont celle française et résidant en France.

CHAMP D'APPLICATION

Les prestations d'assistance aux personnes s'appliquent lorsque vous voyagez ou êtes en déplacement pour une durée maximum de 120 jours consécutifs et ce pour des voyages ou déplacements de loisirs à l'exclusion de tout déplacement à caractère professionnel.

Les stages sont couverts dans la mesure où ils sont conseillés ou ordonnés par l'établissement scolaire ou universitaire dont dépend le bénéficiaire qu'ils soient rémunérés ou non.

HOSPITALISATION

Toute hospitalisation prescrite par un médecin consécutive à un accident ou à une maladie survenant inopinément.

MISE EN ŒUVRE DU SERVICE

Le service est accessible par téléphone 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 à l'exception des prestations d'informations accessibles du lundi au samedi de 9H à 19 H.

2 – LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application de la présente convention d'assistance, vous vous engagez à réserver à CHUBB ASSISTANCE le droit d'utiliser le titre de transport que vous détenez, ou à rembourser CHUBB ASSISTANCE des montants dont vous obtiendriez le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre de transport.

2.1 – ASSISTANCE AUX PERSONNES

2.1.1 - Transport / Rapatriement

- Procédure préalable :

La maladie ou les blessures doivent impérativement être signalées de manière préalable à CHUBB ASSISTANCE qui se chargera alors d'organiser le meilleur parcours de santé possible de l'Assuré et notamment son transport. À cet égard, CHUBB ASSISTANCE se réserve le droit de demander le titre de transport de la personne concernée.

- Mise en œuvre :

Le mode d'évacuation de la personne malade ou blessée, la date et le lieu de son hospitalisation, choisis et à la charge de CHUBB ASSISTANCE, sont adaptés en fonction de la gravité du cas.

Le seul critère retenu pour ce choix est le critère médical.

2.1.2 - Présence hospitalisation

Vous êtes hospitalisé sur le lieu de votre maladie ou de votre accident et nos médecins ne préconisent pas un transport avant 10 jours : nous organisons et prenons en charge le déplacement aller et retour par train en première classe ou avion de ligne en classe économique d'une personne choisie et résidant en France pour lui permettre de se rendre à votre chevet. Nous prenons également en charge les frais d'hôtel de cette personne sur place, à concurrence de 46 € T.T.C. par nuit pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner).

Cette personne doit :

- Être domiciliée en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco ou d'Andorre si vous y êtes domicilié,
- Être domiciliée dans le même département ou territoire d'Outre-Mer que vous si vous êtes domicilié dans les DOM-TOM.

2.1.3 - Prolongation de séjour

Nous organisons et prenons en charge vos frais de prolongation de séjour à l'hôtel et d'une personne bénéficiaire demeurant à votre chevet si vous ne pouvez entreprendre votre retour à la date prévue pour des raisons médicales validées par notre service médical.

Nous prenons en charge les frais d'hôtel à concurrence de 46 € TTC par nuit et par personne pour vous et votre accompagnant pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner). Les prestations «

retour d'un accompagnant », « présence hospitalisation » et « prolongation de séjour » ne sont pas cumulables entre elles.

2.1.4 - Frais de secours sur piste

Lorsque vous êtes accidenté sur une piste de ski balisée ouverte aux skieurs au moment de l'accident nous prenons en charge les frais de secours sur piste de l'accident jusqu'au centre de soins le plus proche à concurrence de 381 €.

Les frais de recherche en montagne s'il y a lieu restent à votre charge.

2.1.5 - Remboursement complémentaire des frais médicaux

Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement hors de France : nous remboursons, à hauteur de 5.336 € TTC et de 76.225 € TTC pour les Etats-Unis, le Canada, l'Australie, le Japon et l'Asie du Sud Est par bénéficiaire et pendant la durée de validité du contrat le montant des frais médicaux engagés hors de France et restant à votre charge après remboursement effectué par la Sécurité Sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance.

Une franchise de 31 € par bénéficiaire et par événement est appliquée dans tous les cas.

Les soins dentaires sont remboursés dans les mêmes conditions avec un plafond de 77 € TTC.

Nature des frais médicaux : honoraires médicaux, frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien, frais d'ambulance ordonnée par un médecin pour un trajet local, frais d'hospitalisation tant que le bénéficiaire a été jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local. Le remboursement complémentaire de ces frais d'hospitalisation cesse à compter du jour où nous sommes en mesure d'effectuer le transport du bénéficiaire, urgence dentaire.

2.1.6 - Avance des frais d'hospitalisation

En cas de maladie ou de blessures lors d'un déplacement hors de France tant que vous vous trouvez hospitalisé, nous pouvons faire l'avance des frais d'hospitalisation dans la limite de 5.336 € et de 76.225 € pour les Etats-Unis, le Canada, le Japon, l'Australie et l'Asie du Sud Est par bénéficiaire et pendant la durée de validité du contrat sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- Pour des soins prescrits en accord avec nos médecins,
- Tant que vous êtes jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à dater du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre transport.

2.2 - ASSISTANCE EN CAS DE DECES

Quelque soit le prix (exception faite des frais de cercueil garantis à hauteur de 458 € TTC), CHUBB ASSISTANCE assure le transport du corps et les frais funéraires induits par le rapatriement et ce jusqu'au lieu d'inhumation devant se situer en France.

2.3 - AIDE AU VOYAGE

- Avance de fonds à l'étranger

Une avance de fonds d'un montant pouvant atteindre 2.287 € est proposé à l'assuré par CHUBB ASSISTANCE, après son accord préalable et contre un chèque certifié en cas de vol de vos moyens de paiement (carte(s) de crédit, chéquier(s))

- Envoi de médicaments

Si en cours de déplacement à l'étranger l'assuré est dans l'impossibilité de trouver des médicaments indispensables à son traitement ou d'obtenir leur équivalent, CHUBB ASSISTANCE met tout en œuvre afin d'acheminer ces médicaments, dont le coût reste dans tous les cas à la charge de l'assuré.

2.4 - PROCEDURE JUDICIAIRE A L'ETRANGER

Une assistance juridique est proposée à l'assuré en cas de poursuites judiciaires dont il fait l'objet et résultant d'un accident de la circulation intervenu à l'étranger. Dans ce cas, CHUBB ASSISTANCE avance les honoraires d'avocat à concurrence de 1.525 € maximum et la caution pénale à concurrence de 7.623 € TTC maximum, dont le remboursement devra intervenir dans un délai de trois mois à compter du jour de l'avance.

3 – EXCLUSIONS ET CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

3.1 - Sont exclus :

- **Les frais engagés sans notre accord préalable ou dont la prise en charge n'est pas prévue par la présente convention d'assistance,**
- **Les frais non justifiés par des documents originaux,**
- **Les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité des contrats,**
- **Les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions motorisées (ou leurs essais) lorsque vous y participez en qualité de concurrent**
- **Les maladies ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,**
- **Les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement,**
- **Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,**
- **L'organisation et la prise en charge du Transport/Rapatriement pour des affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,**
- **Les conséquences de l'usage de drogue, stupéfiants ou produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif d'alcool,**
- **Les conséquences d'actes intentionnels de votre part ou les Conséquences d'actes dolosifs, tentatives de suicide ou suicide**
- **Les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le départ et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse à partir de la 28ème semaine, les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse,**
- **Les situations liées à des faits de grève,**
- **Les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,**

- Les frais médicaux engagés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie ou à un accident survenu hors de France,
- Les frais d'optique (lunettes ou verres de contact par exemple),
- Les frais liés aux appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires notamment),
- Les frais d'annulation de séjour,
- Les frais de cure thermale,
- Les frais liés à des interventions à caractère esthétique,
- Les frais de séjour en maison de repos,
- Les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie,
- Les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination,
- Les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- Les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- Les frais médicaux engagés en France,
- Les frais de recherche et de secours de personne en montagne, en mer ou dans le désert,
- Les frais de secours hors piste de ski,
- Les frais de restaurant,
- Les frais de douane,
- Les dommages survenus aux bénéficiaires se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire.

3.2 - Les circonstances exceptionnelles

CHUBB ASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable des manquements à l'exécution des prestations résultant des cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, émeutes, mouvements populaires, représailles, actes de terrorisme, restrictions à la libre circulation des personnes ou des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

4 – SUBROGATION

Conformément à l'article L121-12 du code des assurances, CHUBB ASSISTANCE est subrogée à concurrence des indemnités payées et des services fournis dans vos droits et actions ou ceux de votre représentant contre toute personne responsable des faits ayant nécessité son intervention.

Dans le cas où il s'avèrerait à posteriori que CHUBB ASSISTANCE aurait été amenée à déclencher une intervention alors que vous n'étiez plus ou pas bénéficiaire, les frais engagés vous seraient refacturés, de même si vous aviez volontairement fourni de fausses informations sur les causes vous amenant à demander l'intervention de CHUBB ASSISTANCE alors que les faits réels n'auraient pas dû donner droit à l'intervention de CHUBB ASSISTANCE.

5 – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat d'assurance sont prescrites à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions prévues aux articles L.114-1 à L.114-3 et L.145-9 du Code des assurances.

Article L 114-1 du Code des assurances : Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

N.B : Par dérogation à l'article L. 114-1, pour la mise en œuvre des opérations relevant de l'article L.145-1 du Code des assurances, (notamment contrats groupe souscrits par un employeur en vue de couvrir les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité) la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail. »

Article L 114-2 du Code des assurances : La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L 114-3 du Code des assurances : Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel « www.legifrance.gouv.fr »

Article 2240 du Code civil : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil : La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil : L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

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

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

Article 2245 du Code civil : L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil : L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

POUR TOUTE DEMANDE D'ASSISTANCE

- 1) Téléphoner ou télexer à CHUBB Assistance aux numéros suivants :

Téléphone : 33 1 44 85 47 85

Télex : 650 254 F Télécopie : 33 1 40 25 52 62

- 2) Préciser impérativement : Votre numéro de convention d'assistance : 620 328 / Contrat 5140740.
- 3) Vous conformer aux solutions que nous préconisons.

Toute dépense engagée sans l'accord préalable CHUBB ASSISTANCE ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

Conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances, la présente Notice a été établie par CHUBB European Group SE, en sa qualité d'assureur du contrat.

Police collective 5 140 740 / adhésion UMGP.

Assureur : Chubb European Group SE, entreprise régie par le Code des assurances, au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374. Courtier : S2C – Sud Courtage et Conseil (SARL de courtage d'assurances au capital de 7 622,45 € – Siège social : 432, Bd Michelet 13009 Marseille – ORIAS : 07 030 727 - RCS Marseille B 395 214 646 00022).

I- INFORMATION

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, CHUBB ASSISTANCE communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans le domaine de la santé :

Informations d'ordre général sur la santé

- les urgences (n° SAMU, pompier, centre antipoison ...)
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- les problèmes d'alcool, de tabagisme
- les problèmes de poids
- le groupe sanguin (compatibilité entre époux, transfusion...)
- la grossesse et l'accouchement : les médicaments interdits/à éviter, les examens à effectuer (obligatoires / facultatifs)
- les maladies infantiles
- les vaccinations à effectuer : caractère obligatoire/conseillés, risques liés à la vaccination
- les maladies du 3ème/4ème âge
- l'alimentation : en général et en fonction de certaines pathologies : ex : le diabète
- les médicaments : les médicaments génériques
- informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, les précautions à prendre... (ex : rougeole, sida...)
- la santé en voyage (hygiène, vaccins, équivalence en médicaments, formulaires de Sécurité Sociale...)
- Informations spécifiques à une pathologie (ex : parkinson, Alzheimer, autisme, allergies, sida...)
- le traitement et les conséquences médicales de cette pathologie
- aide dans les recherches
- l'évolution de la maladie
- risque de transmission aux enfants (génétiquement), risque de contagion pour l'entourage

II- EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT AU DOMICILE

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits. Toutefois, en cas de difficultés, CHUBB ASSISTANCE peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics. Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le SAMU ou tout autre moyen de transport sanitaire.

Admission à l'hôpital

Si le bénéficiaire le souhaite, et sur prescription médicale uniquement, CHUBB ASSISTANCE organise et prend en charge :

- La recherche et la réservation d'une place en milieu hospitalier public ou privé, dans la limite des disponibilités dans les établissements hospitaliers situés dans un rayon de 100 km autour du domicile du bénéficiaire.
- Le transport du bénéficiaire à l'hôpital et le retour au domicile par ambulance, de son domicile vers l'hôpital le plus proche ou vers un hôpital de son choix situé dans un rayon de 50 km maximum autour de son domicile. La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié. En conséquence, le bénéficiaire s'engage à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de ses frais auprès de ces organismes et à verser à CHUBB ASSISTANCE toutes sommes perçues par lui à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par CHUBB ASSISTANCE.
- L'information à la famille ou aux personnes préalablement désignées par le bénéficiaire du lieu d'hospitalisation où elles pourront prendre de ses nouvelles.
- Pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation imprévue
- Pendant l'hospitalisation du bénéficiaire attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical, si l'hospitalisation doit durer plus de 2 (deux) jours et si aucun proche n'est disponible sur place,
- Ou pendant l'immobilisation au domicile sans hospitalisation ou pour convalescence, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical, si l'immobilisation doit durer plus de 5 (cinq) jours et si aucun proche n'est disponible sur place, CHUBB ASSISTANCE organise et prend en charge.

La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

Voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient à son chevet.

Le séjour à l'hôtel de la personne

Désignée au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite de 45 € TTC par nuit, avec un maximum 90 € TTC. Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

La garde au domicile des enfants ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours

fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher. A l'issue de cette prestation et si l'hospitalisation doit se prolonger, CHUBB ASSISTANCE pourra organiser soit la Présence d'un proche au domicile, soit le transfert des enfants chez un proche.

La présence d'un proche au domicile

Voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, pour s'occuper des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans à la charge du bénéficiaire. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des enfants ou petits-enfants chez un proche ».

Le transfert des enfants ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche

Voyage aller et retour jusque chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de CHUBB ASSISTANCE. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au domicile ».

Une veille sur les ascendants

Par une personne de compagnie, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation. Chaque prestation de la personne de compagnie dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

- Soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum par période d'hospitalisation,
- soit chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile. L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

La livraison de médicaments en urgence

Recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire. CHUBB ASSISTANCE fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par CHUBB ASSISTANCE et est accessible 24h/24, 7jours/7.

L'aide-ménagère à domicile

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 12 heures pouvant être réparties sur 3 semaines. Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire. Lorsque

l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au domicile. Dans tous les cas, cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

Le coiffeur à domicile

Sur rendez-vous, pris en charge une fois par immobilisation et pour un maximum de 45 € TTC.

La téléassistance ponctuelle

Mise à disposition au domicile d'un dispositif de téléassistance pendant 3 (trois) mois si le bénéficiaire est isolé pendant sa convalescence à la suite d'une hospitalisation de plus de 15 jours. Le dispositif est composé d'un appareil de télécommunication spécial et d'un service d'écoute. Il permet de lancer une alerte de n'importe quel endroit de son habitation, 24 heures sur 24, en actionnant simplement une télécommande qu'il conserve sur lui. Un opérateur du service d'écoute entre en liaison vocale avec lui sans qu'il ait à décrocher son téléphone grâce au transmetteur (qui compose automatiquement le numéro du centre de surveillance et joue le rôle d'interphone). L'opérateur dialogue avec l'assuré pour analyser la situation, le rassurer et lui venir en aide en cas de problème. Il peut contacter les proches du bénéficiaire, son médecin, les pompiers, la police, un réparateur, etc. Si le bénéficiaire ne peut pas répondre, l'opérateur déclenche immédiatement l'intervention la plus rapide, c'est-à-dire conjointement les proches, amis ou voisins et les secours d'urgence si nécessaire. Au-delà de cette période de pendant 3 (trois) mois, CHUBB ASSISTANCE pourra, à sa demande, prolonger cette mise à disposition à un tarif préférentiel.

Conditions applicables à la mise en place du dispositif téléassistance

Lors de la demande le bénéficiaire devra nous fournir un certain nombre de données confidentielles le concernant pour la mise en place du service :

- ses coordonnées et les moyens d'accès à son domicile
- les coordonnées d'au moins un dépositaire de clefs proche de son domicile
- des informations concernant son entourage
- des informations concernant son état de santé et les coordonnées de son médecin traitant la présence éventuelle d'une autre personne ou d'animaux domestiques au domicile
- La livraison et la mise à disposition du matériel médical qui lui a été prescrit par son médecin. La demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier ou télécopie. Le coût du matériel médical reste à la charge du bénéficiaire.
- La recherche d'un médecin en l'absence du médecin traitant, à l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone (médecin de garde ou service d'urgence). Dans ce cas, CHUBB ASSISTANCE n'est pas responsable si aucun médecin n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de CHUBB ASSISTANCE. Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.
- La recherche d'une infirmière sur prescription médicale, le plus près possible de l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone. Dans ce cas, CHUBB ASSISTANCE n'est pas responsable si aucune infirmière n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important de l'infirmière susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de CHUBB ASSISTANCE. Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

III- PRESTATIONS SPÉCIALES POUR ENFANT HOSPITALISÉ OU IMMOBILISÉ AU DOMICILE

Pendant l'immobilisation au domicile sans hospitalisation ou pour convalescence, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical, si l'immobilisation doit durer plus de 2 (deux) jours et si aucun proche n'est disponible sur place, CHUBB ASSISTANCE organise et prend en charge :

La garde au domicile de l'enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'immobilisation. Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est assurée par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant convalescent, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens. Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au domicile.

La conduite de l'enfant à l'école

S'il peut assister à ses cours mais qu'il a des difficultés à se déplacer et qu'aucun proche ne peut assurer son transport. Le transport est organisé par taxi et pris en charge à hauteur de 300 € TTC maximum par période d'immobilisation.

Une aide pédagogique dans les matières scolaires principales

Lorsque l'immobilisation imprévue au domicile entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs. Chaque demande est étudiée au cas par cas pour missionner le répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe du bénéficiaire. Il pourra, avec l'accord du bénéficiaire et de son responsable légal, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenté afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels du bénéficiaire l'étendue du programme à étudier.

L'aide pédagogique est accordée pour la durée effective de l'année scolaire en cours, pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi, à raison de 15 heures par semaine, tous cours confondus, fractionnables par tranche de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire. La mise en place de l'aide pédagogique peut nécessiter un délai 2 jours ouvrés. Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'hospitalisation imprévue de l'enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation, qui entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs.

IV- EN CAS DE TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE

Lorsque le bénéficiaire est confronté à une situation difficile telle qu'une agression, un accident ou une maladie grave dont lui-même ou un de ses proches est victime, ou tous autres événements qui l'affectent psychologiquement et qu'il souhaite être accompagné pour mieux les surmonter, CHUBB ASSISTANCE organise et prend en charge :

Un soutien psychologique

Par un psychologue clinicien qui aidera le bénéficiaire à identifier, évaluer et mobiliser ses ressources personnelles, familiales, sociales et médicales pour traverser ce moment difficile. La prestation est rendue par téléphone. Sur simple appel du bénéficiaire, un rendez-vous est pris à sa convenance avec un psychologue de CHUBB ASSISTANCE qui le rappellera pour entamer la démarche. Si besoin, le

bénéficiaire pourra être mis directement en relation avec un psychologue, sous réserve que l'un des psychologues de l'équipe de CHUBB ASSISTANCE soit effectivement disponible. Les entretiens se déroulent en toute confidentialité et dans le respect des codes de déontologie en vigueur.

L'accompagnement proposé est limité à 3 entretiens au plus. Si la situation du bénéficiaire nécessite un suivi à plus long terme par un praticien de terrain, le psychologue l'orientera vers son médecin traitant.

Un accompagnement psychologique

Par un psychologue proche du domicile du bénéficiaire. Cette prestation est soumise à une évaluation conjointe par le médecin de CHUBB ASSISTANCE et le médecin traitant du bénéficiaire ou le médecin urgentiste intervenu au moment de l'événement. Si la situation du bénéficiaire justifie un accompagnement psychologique en raison de l'ampleur du traumatisme subi, un premier rendez-vous avec le psychologue permet de déterminer les objectifs et la durée de l'accompagnement. Dans ce cas, la prise en charge de CHUBB ASSISTANCE est limitée à 12 heures de consultation en cabinet. Dans le cas contraire, le médecin traitant convient avec son patient du mode d'intervention adapté.

V- EN CAS DE DIFFICULTÉ À REPRENDRE LA VIE PROFESSIONNELLE

Aide au Retour à l'Emploi et Aide au Retour à la Vie Professionnelle pour les Accidentés.

Lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, médicalement attestés, le bénéficiaire a perdu son emploi, ou que son état rend difficile sa réintégration dans la vie professionnelle, CHUBB ASSISTANCE lui propose une mise en relation avec un organisme spécialisé sur simple demande formulée par téléphone du lundi au vendredi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés. **Dans le cadre de cette prestation, CHUBB Assistance assure un service uniquement et strictement limité à la France Métropolitaine.**

VI- DÉCÈS

CHUBB ASSISTANCE met à la disposition du bénéficiaire les services ci-après :

Informations Décès/Succession.

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, le bénéficiaire, pour préparer sa succession, ou ses proches, trouveront auprès des spécialistes de CHUBB ASSISTANCE, les renseignements dont ils ont besoin dans les domaines ci-après :

Le décès :

- le décès à l'hôpital/le décès à domicile
- la constatation du décès
- les prélèvements d'organes, les dons d'organes • la conservation du corps : la thanatopraxie
- le transport du corps
- les chambres funéraires Les obsèques :
- les sociétés de pompes funèbres
- les sociétés de marbrerie funéraire
- l'organisation des pompes funèbres en France • la préparation des obsèques
- la toilette du défunt
- le choix du cercueil et des accessoires
- les voitures funéraires
- les concessions

- la crémation
- les différents rites et cérémonies religieuses
- le règlement des frais d'obsèques
- l'apposition des scellés
- le sort des avoirs financiers et des biens détenus par le défunt (mobilier, objets, véhicules, biens immobiliers...)

Règles applicables et démarches à effectuer

- les formalités auprès des organismes, droits à faire valoir et calendrier : Caisse de Retraite, employeur, ASSEDIC, établissements financiers, Sécurité Sociale, allocations familiales, mutuelles, administration fiscale... • Le compte bancaire joint, les assurances... -
- Les déclarations à la mairie... Le règlement de la succession :
- les options offertes aux héritiers et leurs conséquences : l'acceptation de la succession, l'acceptation sous bénéfice d'inventaire, la renonciation.
- Les règles de répartition de la succession :
- l'ordre de succession et les modalités d'attribution
- les règles applicables, générales, et particulières à certaines situations (représentation, fente successorale, en- fants adoptés, décès simultanés, transmission des droits de propriété littéraire et artistiques...) • les droits du conjoint survivant
- Les situations particulières d'héritage :
- le testament, les donations, l'usufruit, la nue-propriété • les mineurs, les incapables majeurs
- les héritiers résidant à l'étranger
- Comment disposer, prendre possession des biens : • l'indivision
- les formalités : actes notariés, pièces héréditaires • le partage
- les biens à déclarer
- la détermination de l'actif successoral taxable • le paiement des droits et contrôle du fisc
- Les droits du conjoint et de ses enfants :
- l'aide sociale
- l'allocation veuvage
- la pension de réversion de la Sécurité Sociale
- les droits des conjoints divorcés (pension partagée) • la location (le droit au maintien)
- le capital décès pour les cotisants à la Sécurité Sociale.

Assistance Décès.

Lorsque le bénéficiaire décède au domicile ou en milieu hospitalier proche du domicile, CHUBB ASSISTANCE apporte son concours à ses proches pour les aider à faire face, et à leur demande, organise et prend en charge :

- La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux) à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum, en attendant que la famille prenne les dispositions appropriées. L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.
- Coordination de l'organisation des obsèques, en France métropolitaine, à la demande de la famille du bénéficiaire et pour son compte : convoi, cérémonie religieuse, ouverture du caveau et mise en bière, etc... Pour ce faire, CHUBB ASSISTANCE fait appel à son prestataire habituel ou à celui désigné par la famille ou par le bénéficiaire dans les informations confiées à CHUBB ASSISTANCE. Dans ce cas, un devis envoyé aux ayants droit pour accord

préalable doit être approuvé par un ayant droit ou une personne ayant reçu délégation pour ce faire. Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation sont à la charge de la famille.

Assistance aux enfants du bénéficiaire décédé

Si aucun proche n'est en mesure de s'occuper d'eux, CHUBB ASSISTANCE organise et prend en charge pour les enfants du bénéficiaire décédé âgés de moins de 15 ans :

La présence d'un proche au domicile du bénéficiaire

Voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par la famille, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, pour s'occuper des enfants ou petits-enfants. Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert des enfants ou petits-enfants chez un proche » et « Garde au domicile des enfants ou petits-enfants ».

Le transfert des enfants ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche

Voyage aller et retour jusque chez un proche désigné par la famille, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par la famille ou un correspondant de CHUBB ASSISTANCE. Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » et « Garde au domicile des enfants ou petits-enfants ».

La garde au domicile des enfants ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans

Dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher. Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Présence d'un proche au domicile du bénéficiaire » et « Transfert des enfants ou petits-enfants chez un proche ».

VII- EXCLUSIONS GÉNÉRALES APPLICABLES AUX PRESTATIONS

Sont exclus :

- les demandes non justifiées
- les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées.
- les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile,
- les hospitalisations prévisibles,
- les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat.
- les maladies chroniques psychiques
- les maladies psychologiques antérieurement avérées / constituées (ou) en cours de traitement
- les convalescences et les affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées,

-
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
 - les états de grossesse, sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 36ème semaine d'aménorrhée,
 - les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, et de l'absorption d'alcool,
 - les conséquences de tentative de suicide
 - les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le bénéficiaire séjourne ou des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire,
 - les dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
 - les événements survenus de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche.
 - la plongée sous marine si le bénéficiaire ne pratique pas ce sport dans une structure adaptée et reconnue par la CMAS (Confédération Mondiale des Activités Subaquatiques) et si en cas d'accident, le bénéficiaire n'a pas été pris en charge par un centre de traitement hyperbare (CHUBB ASSISTANCE n'intervient qu'après cette première prise en charge pour organiser l'assistance médicale).

SANTE A L'ETRANGER

La présente Notice a été établie par la SMEREP, en sa qualité d'assureur du contrat.

Assureur : Société Mutualiste des Étudiants de la Région Parisienne, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, dont le siège social est situé 28 Rue de Fortuny– 75017 Paris, SIREN 775 684 780.

1 : Généralités

Le membre participant qui souhaite se couvrir à l'étranger peut souscrire une option « Santé à l'étranger » destinée à garantir la prise en charge ou le remboursement de ses frais de santé occasionnés par un accident ou une maladie inopinée lors d'un séjour à l'étranger.

Cette option ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie principale « Freelance » et pour une durée maximum de 30 ou 90 jours.

L'ouverture des droits intervient dans les conditions de l'article 11 du règlement mutualiste. La garantie est acquise au membre participant après expiration d'un délai de carence de dix (10) jours à compter de la souscription du contrat d'assurance santé (aucun délai de carence en cas d'accident).

Quelque soit la date de souscription, la fin des droits intervient au plus tard à la date de résiliation de la garantie principale « Freelance ».

2 : Risques couverts et risques exclus

2.1 : Risques couverts

Les frais médicaux et d'hospitalisation ne sont pris en charge que s'ils sont :

- consécutifs à un accident,
- consécutifs à une maladie inopinée nécessitant une intervention médicale ou chirurgicale ne pouvant pas attendre le retour ou le rapatriement dans le pays d'origine.

Par « maladie inopinée », il faut entendre toute altération de la santé médicalement constatée, soudaine et imprévisible.

Par « accident », il faut entendre toute atteinte corporelle non-intentionnelle de la part du membre participant et provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont donc pas des accidents au sens du présent contrat mutualiste les événements totalement ou partiellement provoqués par une maladie (cause pathologique).

2.2 : Risques exclus

Sont toujours exclues les dépenses de santé qui ont pour origine directe ou indirecte les causes suivantes :

- la guerre civile ou étrangère, l'invasion, l'insurrection, la révolution, l'usurpation du pouvoir, le terrorisme etc. ;
- le contact ou la contamination par des substances dites nucléaires, biologiques ou chimiques, l'explosion d'engins et les effets nucléaires radioactifs ;

- les cataclysmes naturels, les épidémies et tous les cas de force majeure ;
- la participation du membre participant à des rixes, à des paris de toute nature, à des actes pénalement répréhensibles, à des manifestations ou à des événements non autorisés ;
- l'absorption par le membre participant de drogues ou de substances analogues, de médicaments ou de traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée ;
- l'état de grossesse, les blessures ou les maladies préexistantes ou qui sont le fait volontaire du membre participant et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilations volontaires ;
- Les maladies préexistantes, les conditions de santé préexistantes et leurs conséquences (sont préexistantes les blessures, maladies ou conditions de santé qui sont intervenues et/ou diagnostiquées et/ou traitées avant la date d'effet du contrat) ;
- l'état alcoolique du membre participant, caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool égal ou supérieur à celui fixé par la loi française concernant la circulation automobile ;
- la pratique par le membre participant d'un sport à titre professionnel ;
- la participation du membre participant à une course ou à une compétition nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien ou aquatique à moteur ;
- la pratique par le membre participant de tous les sports aériens et des sports dits dangereux et notamment: escalade, alpinisme, spéléologie, plongée sous-marine avec appareils autonomes, bull-riding, rugby, randonnée en haute montagne, hurling, ski hors-piste, hockey, big wave riding, tout sport de combat etc. ;
- l'utilisation d'armes à feu par le membre participant.

3 : Prestations garanties et prestations exclues

3.1 : Prestations garanties

Tous les frais ou actes de santé ci-après indiqués et qui sont consécutifs à l'un des risques couverts (article 2.1 du présent règlement) :

- Médecine hospitalière (100 % des frais réels) :
 - consultations généralistes et spécialistes (hors celles des dentistes et des ophtalmologistes) ;
 - frais de séjour et forfait hospitalier ;
 - actes de chirurgie, actes d'anesthésie et de réanimation ;
 - frais éventuels de salle d'opération ;
 - actes d'auxiliaires médicaux ;
 - actes d'analyses médicales et travaux de laboratoire ;
 - actes d'imagerie médicale (radiographie, échographie, IRM etc.) ;
 - frais pharmaceutiques ;
 - frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation ouvrant droit à prestation dans le cadre du présent contrat.
- Médecine courante hors hospitalisation (100 % des frais réels) :
 - consultations, visites généralistes et spécialistes (hors celles des dentistes et des ophtalmologistes) ;
 - actes de petite chirurgie et actes de spécialiste ;
 - actes d'auxiliaires médicaux ;
 - actes d'analyses médicales et travaux de laboratoire ;
 - actes d'imagerie médicale (radiographie, échographie, IRM etc.) ;

- médicaments sur prescription médicale.
- Frais dentaires occasionnés par accident ou une urgence dentaire non consécutifs à un mauvais état préalable de la dentition ou des gencives (100 % des frais réels) :
 - consultations, visites des dentistes ;
 - soins dentaires (hors prothèses et implants dentaires).

Par « urgence dentaire », il faut entendre toute atteinte infectieuse des racines dont l'absence de traitement sous quarante-huit (48) heures est susceptible d'entraîner des complications.

- Frais ophtalmologiques occasionnés par un accident (traumatisme oculaire) ou par une urgence ophtalmologique non consécutifs à une pathologie préexistante, à un traitement de troubles de la vue ou au port d'un appareillage optique (100 % des frais réels) :
 - consultations, visites des ophtalmologistes ;
 - soins ophtalmologiques (hors prothèses, implants, appareillages optiques et chirurgie laser).

Par « urgence ophtalmologique », il faut entendre toute atteinte oculaire dont l'absence de traitement sous quarante-huit (48) heures est susceptible d'entraîner des complications et d'engager le pronostic fonctionnel et/ou visuel.

3.2 : Prestations exclues

Sont toujours exclus les actes et soins de santé suivants :

- les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux français (CCAM) ainsi que les actes non pris en charge ou ne faisant l'objet d'aucun tarif dans cette Classification ;
- les soins médicaux non prescrits par une autorité médicale titulaire des diplômes ou autorisations requis dans le pays où elle exerce et où elle est légalement habilitée à la pratique de son art, ou ceux inutiles du strict point de vue médical ;
- les actes et les soins prodigués qui sont pratiqués gratuitement en l'absence du présent contrat mutualiste ;
- les actes de contraception et d'interruption volontaire de grossesse ;
- les interventions médicales ou chirurgicales, réparatrices ou esthétiques (ou assimilables), de toute origine et de toute nature ;
- les check-up, dépistages et bilans préventifs non motivés par l'un des risques couverts ;
- les actes ou traitements expérimentaux ;
- les cures thermales, de thalassothérapie et/ou de désintoxication ;
- les traitements de lutte contre l'obésité, l'amaigrissement et le vieillissement ;
- les traitements ou soins dentaires courants ou qui sont la conséquence d'un mauvais état préalable de la dentition ou des gencives ;
- les traitements ou soins ophtalmologiques courants ou qui sont la conséquence d'une pathologie préexistante, d'un traitement de trouble de la vue ou du port d'un appareillage optique.

Sont toujours exclus les frais médicaux consécutifs :

- à l'insuffisance rénale,
- au diabète et à ses complications,
- aux maladies nerveuses et mentales,
- à l'épilepsie,

- aux malformations artériovoineuses et aux infarctus du myocarde,
- à l'alcoolisme et à la dépendance du membre participant à la consommation de toute drogue ou substance considérées comme toxiques aux doses ingérées, à leur prise en charge ainsi qu'à toutes conséquences neurologiques et psychiatriques,
- aux accidents vasculaires cérébraux hémorragiques ou ischémiques et leurs conséquences,
- aux dorsalgies, lombalgies, lombosciatiques, hernies discales intervertébrales et à toute maladie chronique du rachis cervico-dorso-lombosacré,
- aux hernies crurales, scrotales, inguinales, de la ligne blanche et ombilicales ainsi qu'à toute lésion chronique de la paroi abdominale.

Sont toujours exclus :

- les prothèses, orthèses (auditives, dentaires, oculaires, plantaires, de membres, etc.) et ortho-prothèses,
- les appareillages dentaires (appareil dentaire orthopédique, orthodontique, extra-oral, élastiques, gouttières, attelles, etc.) et ophtalmologiques (lunettes, lentilles de contact cornéennes, intraoculaires, etc.),
- les appareillages tel que fauteuil roulant, béquilles, canne, déambulateur, lit médicalisé, etc.,
- le matériel de contention,
- les produits non médicamenteux d'usage courant tels que coton hydrophile, alcool, crème solaire, dentifrice, pansements, savon, parfum, shampoing etc.,
- les frais annexes tels que le téléphone, la télévision en cas d'hospitalisation,
- les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en maison de repos et/ou de convalescence, sauf lorsque le séjour fait suite à une hospitalisation de plus de trente (30) jours ou une intervention chirurgicale lourde. En toute hypothèse, les frais d'hébergement ou de traitement sont limités à trente (30) jours,
- les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de réadaptation ou de rééducation professionnelle (ou établissement assimilé),
- les frais liés à l'assistance d'une personne dans ses activités quotidiennes, même si cette personne est déclarée en état d'invalidité temporaire ou permanente et, plus généralement, les frais relatifs à des soins de confort même s'ils sont prescrits par un médecin et s'ils sont délivrés par des fournisseurs ayant un statut médical ou paramédical,
- les dépenses de voyage et d'hôtel liées aux soins,
- les frais médicaux jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils sont engagés.

4 : Modalités de mise en œuvre

4.1 : Entente préalable

Suite à un accident ou à une maladie inopinée garantis dont le traitement nécessite des actes ou des soins en série, et en l'absence de prise en charge (article 4.3), le membre participant doit demander une entente préalable à la Mutuelle dans les mêmes conditions que la déclaration circonstanciée de sinistre.

La demande d'entente préalable mentionne les éléments suivants:

- les informations relatives aux médecins référents et le cas échéant les informations relatives à l'établissement de santé ;
- les types de soins, d'actes ou de traitements envisagés et les dates d'intervention ;
- le montant global estimé.

À défaut d'acceptation de l'entente préalable par la Mutuelle dans un délai de dix (10) jours, cette dernière est réputée refusée.

La demande d'entente préalable permet de vérifier a priori la recevabilité des remboursements de soins programmés par la Mutuelle par rapport aux garanties et aux exclusions.

L'accord donné suite à une demande d'entente préalable ne constitue qu'une présomption simple de recevabilité par rapport aux informations donnés et non un engagement de remboursement qui ne peut être donné qu'après réception de toutes les pièces justificatives (article 4.5).

L'équipe médicale de la Mutuelle peut contacter les médecins traitants et prendre les décisions les plus adaptées à l'état de santé du membre participant en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales. Si l'équipe médicale de la Mutuelle recommande un rapatriement ou une évacuation vers une structure médicale, ou un parcours de soins particulier, elle le fait en fonction des seuls impératifs médicaux retenus et dans le respect le plus strict des règles déontologiques. Le choix du parcours de soins, du rapatriement, du lieu d'hospitalisation, de la date et des moyens utilisés relèvent exclusivement de la décision de l'équipe médicale de la Mutuelle.

Le membre participant s'engage à accepter tout changement de centre hospitalier préconisé par les services de la Mutuelle.

TOUT REFUS DE LA SOLUTION PROPOSÉE PAR L'ÉQUIPE MÉDICALE DE LA Mutuelle ENTRAINE LA DÉCHÉANCE DE LA GARANTIE.

En cas d'absence de demande d'entente préalable ou de refus d'entente préalable, aucune demande de remboursement n'est acceptée par la Mutuelle. Si toutefois les pièces justificatives font apparaître l'impérieuse nécessité des soins pour le membre participant, le strict respect des usages médicaux et le fait que l'absence d'accord préalable n'a aucunement été préjudiciable à la Mutuelle, le remboursement est accordé aux taux suivants* :

	Taux normal	Taux hors entente préalable en cas d'accident ou de maladie nécessitant des actes médicaux en séries
Médecine hospitalière	100 % des frais réels	90 % des frais réels
Médecine courante hors hospitalisation	100 % des frais réels	90 % des frais réels

Frais dentaires	100 % des frais réels	90 % des frais réels
Frais ophtalmologiques	100 % des frais réels	90 % des frais réels

** dans la limite des frais engagés par le membre participant*

4.2 Déclaration de sinistre

Suite à un accident ou à une maladie inopinée garantis dont le traitement nécessite des actes ou des soins en série et en l'absence de prise en charge (article 4.3), le membre participant doit transmettre une déclaration circonstanciée de sinistre à la Mutuelle dans un délai de cinq (5) jours.

Le délai de cinq (5) jours commence à courir le jour de l'accident ou le jour de la première consultation médicale donnant lieu à prescription des actes en série.

En cas d'impossibilité pour le membre participant de déclarer son sinistre en raison d'une extrême urgence ou de son état médical, le délai commence à courir dès que le membre participant est en capacité de déclarer son sinistre.

Le membre participant peut déclarer son sinistre directement par téléphone, par courrier ou par courriel.

Un numéro de sinistre est communiqué au membre participant dès l'enregistrement de la déclaration par la Mutuelle.

La déclaration circonstanciée mentionne les éléments suivants :

- le numéro de contrat ou le nom, le prénom et la date de naissance du membre participant;
- un numéro de téléphone et une adresse courriel permettant de joindre le membre participant ;
- la nature, les circonstances, la date et le lieu de survenance de l'accident ou de la maladie inopinée ;
- en cas d'accident le nom et l'adresse de l'auteur responsable et des témoins éventuels en indiquant si un procès-verbal a été établi par les autorités.

4.3 Prise en charge

En cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à vingt-quatre (24) heures et si le membre participant en fait la demande, la Mutuelle prend directement en charge les frais d'hospitalisation.

La demande de prise en charge doit être réalisée auprès de la Mutuelle :

par téléphone au 09 71 09 07 07
(du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00) ou
par courrier à l'adresse UMGP - Service Santé à l'étranger - CS 70010 - 13272 Marseille Cedex 08.

La demande de prise en charge vaut déclaration de sinistre et demande d'entente préalable pour les hospitalisations de plus de vingt-quatre (24) heures.

4.4 Remboursement

Dans tous les cas, y compris en cas de prise en charge, le membre participant s'engage à transmettre un dossier de remboursement complet (article 4.5) à la Mutuelle dans les plus brefs délais et au plus tard un (1) mois après son retour en France.

4.5 Pièces justificatives à fournir

Le dossier de demande de remboursement doit contenir :

- le formulaire de demande de remboursement dûment complété, daté et signé (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale),
- les justificatifs des frais engagés :
 - l'original des factures de soins réalisés à l'étranger ;
 - si le membre participant a utilisé sa Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM), un ticket attestant du solde restant à charge desdits frais de santé pour bénéficiaire d'une prise en charge ou d'un remboursement dans les mêmes conditions qu'un ressortissant du pays de destination ;
 - si une demande de remboursement a été faite auprès du centre payeur du membre participant à son retour en France et que le Centre National des Soins à l'Étranger (CNSE) est donc intervenu, le décompte remis par l'assurance maladie ainsi que la copie des factures de soins acquittées ;
- en cas d'hospitalisation, la copie du compte rendu de ladite hospitalisation.

Annexe 1 : Plafonds de prise en charge des équipements d'optique du panier « prix libres »

Cas	Verres	Plafonds de prise en charge par équipement comprenant le tarif de responsabilité (deux verres et monture)
a	<p><u>Deux verres unifocaux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries 	<p>50 €</p>
b	<p><u>Verre 1</u></p> <p><i>verre unifocal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries <p><u>Verre 2</u></p> <p><i>verre unifocal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; 	<p>200 € dont 100 € au maximum pour la monture.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries <p><i>ou verre multifocal ou progressif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. 	
c	<p><u>Verre 1 – verre unifocal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries <p><u>Verre 2 - verre multifocal ou progressif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; 	<p style="text-align: center;">200 € dont 100 € au maximum pour la monture.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. 	
d	<p><u>Deux verres appartenant à une des catégories ci-dessous précisées</u></p> <p><i>verre unifocal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries. <p><i>ou verre multifocal ou progressif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. 	<p>200 € dont 100 € au maximum pour la monture.</p>
e	<p><u>Verre 1 – verre appartenant à une des catégories ci-dessous précisées</u></p> <p><i>verre unifocal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; 	

	<ul style="list-style-type: none"> - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries <p>ou verre multifocal ou progressif</p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries <p><u>Verre 2 - verre multifocal ou progressif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. 	<p style="text-align: center;">200 € dont 100 € au maximum pour la monture.</p>
f	<p><u>Deux verres multifocaux ou progressifs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. 	<p style="text-align: center;">200 € dont 100 € au maximum pour la monture.</p>

Annexe 2 : Cas d'application des périodicités de prise en charge dérogatoires pour les équipements d'optique médicale

Assurés concernés	Assurés de 16 ans et plus	Assurés de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un <u>équipement complet</u> (2 verres + monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de <u>verres</u>
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; - variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
Constataion de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicale particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des <u>verres</u>	

<p>Cas d'application de la périodicité dérogatoire</p>	<p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - glaucome ; - hypertension intraoculaire isolée ; - DMLA et atteintes maculaires évolutives ; - rétinopathie diabétique ; - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; - cataracte évolutive à composante réfractive ; - tumeurs oculaires et palpébrales ; - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; - greffe de cornée datant de moins de 1 an ; - kératocône évolutif ; - kératopathies évolutives ; - dystrophie cornéenne ;
	<ul style="list-style-type: none"> - amblyopie ; - diplopie récente ou évolutive ; <p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie générale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - diabète ; - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; - hypertension artérielle mal contrôlée ; - sida ; - affections neurologiques à composante oculaire ; - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ; <p><i>Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - corticoïdes ; - antipaludéens de synthèse ; - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.
<p>Constatation de l'évolution de la réfraction</p>	<p>Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière</p>

Annexe 3 : Modèle de lettre de renonciation

Votre nom :
Votre prénom :
Votre adresse :
Votre date de naissance :

HEYME – Service Adhésions
CS 70028
13272 MARSEILLE

A....., le

Vos références :

N° de sécurité sociale :
N° d'membre participant :
N° de transaction bancaire (si paiement par carte ou virement) :

Objet : Annulation d'une souscription dans le délai de 14 jours.

Madame, Monsieur,

Le (*date de la demande*), j'ai souscrit un contrat "complémentaire santé" : (nom de la garantie).

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, le délai de 14 jours à compter de la date d'effet de mon adhésion n'étant pas expiré, je vous demande d'annuler ma souscription et de me retourner..... (L'acompte versé, le montant versé).

Dans cette attente, veuillez accepter Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Signature,

P.J. : - Copie de mon bulletin d'adhésion.

- Original de mon RIB pour remboursement de la cotisation acquittée au titre de la garantie souscrite.

Annexe 4 : Tableau de garanties (base + renforts)

	BASE	OPTIQUE +	DENTAIRE +	HOSPI/SOINS +
HOSPITALISATION				
Honoraires et actes médecins secteur 1 et OPTAM	100%			base 100% + 200%
Honoraires et actes médecins hors OPTAM	100%			base 100% + 100%
Frais de séjour	100%			
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ¹	Frais réel			
Transport	100%			
Forfait Chambre Particulière ²				80€/jour
Participation assuré	24 €			
SOINS COURANTS				
Consultations, visites généralistes, spécialistes secteur 1 et OPTAM	100%			base 100% + 200%
Consultations, visites généralistes, spécialistes hors OPTAM	100%			base 100% + 100%
Médicaments remboursés par le RO	100%			
Radiologie - actes médicaux secteur 1 et OPTAM	100%			base 100% + 200%
Radiologie - actes médicaux non OPTAM	100%			base 100% + 100%
Analyses et examens de laboratoire	100%			
Honoraires des Auxiliaires médicaux	100%			
Participation assuré	24 €			
OPTIQUE				
Equipement 100% santé - Montures et verres classe A	Prise en charge intégrale limité au Prix Limite de Vente ³			
Equipement Tarifs libres - Montures et verres classe B :				
- Equipement composé d'une monture et de deux verres simples ⁴	50 €	base 50 € + 370 €		
- Equipement composé d'une monture et de deux verres complexes à très complexes ⁴	200 €	base 200 € + 250 €		
Autres prestations optiques				
- Forfait lentille remboursée ou non par le RO	100 €	base 100 € + 100 €		
- Chirurgie des yeux non remboursée		600€/œil et par an		
DENTAIRE				
Prothèses dentaires - Panier 100% santé	Prise en charge intégrale limité aux Honoraires Limites de Facturations ⁵			
Prothèses - Panier reste à charge maîtrisé et tarifs libres	100%		base 100% + 250%	
Soins	100%			
Orthodontie	100%			
Forfait implantologie/parodontologie non remboursés ⁶			700 €	
Implantologie remboursée	100%			
Détartrage limité à 2 séances à l'année	100%			
AIDES AUDITIVES				
Equipements auditifs panier 100% santé ⁷	Prise en charge intégrale limité au Prix Limite de Vente ³			
Audioprothèse tarifs libres	100%			
BIEN ETRE				
Forfait Médecine douce (osteopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, sophrologie, hypnose thérapeutique, diététique)	1 séance 40€/an			base 1 séance 40€/an + 3 séance 40€/an
PREVENTION				
Actes de prévention remboursés par la sécurité Sociale	100%			
Fonds d'entraide mutualiste	OUI	OUI	OUI	OUI

¹ Sauf pour les établissements médico-sociaux, Psychiatrie, neuropsychiatrie, centre d'éducation et de soins spécialisés limités à 12 jours par personne et par an pour la base

² Chambre particulière limitée à 90 jours maximum

³ Prix limite de vente conformément au Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019.

⁴ Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge, pour les adultes et enfants de plus de 16 ans.

Ce plafond est annuel pour les moins de 16 ans et pour les adultes en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale ou en cas d'évolution de la vue. Les dispositions de renouvellement anticipé sont définies par l'arrêté du 12 décembre 2018.

⁵ Honoraires limites de facturation : tarifs fixés par la convention du 21 juin 2018

⁶ Forfait cumulé de 700 euros par période de 12 mois renouvelables à la date anniversaire. Le forfait non utilisé ne sera pas reporté

⁷ Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.

**Annexe 5 : Tableau de garanties
Option Santé à l'étranger**

Taux et plafond des frais de santé

Hospitalisation	
consultations généralistes et spécialistes*	100% FR Plafond COVID 100 000€ (UE) et 180 000€ (Monde)
actes de chirurgie - anesthésie	
frais de séjour et forfait hospitalier	
frais de transport	
Médecine généralistes - spécialistes	
médecin généralistes spécialistes*	100% FR Plafond COVID 100 000€ (UE) et 180 000€ (Monde)
médicaments sur prescription médicale	
radiologie et analyses	
actes d'auxiliaires médicaux	
Optique	
frais ophtalmologiques d'urgences	100% FR dans la limite de 300/an
Dentaire	
frais dentaires d'urgences	100% FR dans la limite de 300/an

* Hors celles des dentistes et des ophtalmologistes

Annexe 6 : Tableaux de cotisations

▪ Tarif garantie principale

Tarifs TTC adhérents, conjoint

	Base	Optique +	Dentaire +	Hospi/Soins+
16 ans	16,00 €	5,23 €	17,66 €	20,07 €
17 ans	17,00 €	5,62 €	18,99 €	20,07 €
18 ans	18,00 €	5,80 €	19,61 €	20,07 €
19 ans	19,00 €	5,89 €	19,89 €	20,07 €
20 ans	20,00 €	6,16 €	20,80 €	20,07 €
21 ans	21,00 €	6,34 €	21,42 €	20,07 €
22 ans	22,00 €	6,42 €	21,70 €	20,07 €
23 ans	23,00 €	6,69 €	22,61 €	20,07 €
24 ans	24,00 €	6,87 €	23,23 €	20,07 €
25 ans	25,00 €	7,14 €	24,13 €	20,07 €
26 ans	26,00 €	7,23 €	24,42 €	20,39 €
27 ans	27,00 €	7,49 €	25,32 €	20,39 €
28 ans	28,00 €	7,76 €	26,23 €	20,39 €
29 ans	29,00 €	7,94 €	26,85 €	20,70 €
30 ans	30,00 €	8,21 €	27,75 €	20,70 €
31 ans	31,00 €	8,48 €	28,66 €	21,02 €
32 ans	32,00 €	8,75 €	29,56 €	21,02 €
33 ans	33,00 €	8,83 €	29,85 €	21,33 €
34 ans	34,00 €	9,20 €	31,09 €	21,64 €
35 ans	35,00 €	9,37 €	31,66 €	21,96 €
36 ans	36,00 €	9,73 €	32,90 €	21,96 €
37 ans	37,00 €	10,00 €	33,80 €	22,27 €

38 ans	38,00 €	10,27 €	34,70 €	22,58 €
39 ans	39,00 €	10,62 €	35,89 €	22,90 €
40 ans	40,00 €	10,89 €	36,80 €	23,21 €
41 ans	41,00 €	11,16 €	37,70 €	23,52 €
42 ans	42,00 €	11,52 €	38,94 €	23,84 €
43 ans	43,00 €	11,87 €	40,13 €	24,47 €
44 ans	44,00 €	12,14 €	41,04 €	24,78 €
45 ans	45,00 €	12,41 €	41,94 €	25,09 €
46 ans	46,00 €	12,86 €	43,47 €	25,41 €
47 ans	47,00 €	13,13 €	44,37 €	26,03 €
48 ans	48,00 €	13,58 €	45,90 €	26,35 €
49 ans	49,00 €	13,93 €	47,09 €	26,97 €
50 ans	50,00 €	14,30 €	48,33 €	27,29 €
51 ans	51,00 €	14,75 €	49,85 €	27,60 €
52 ans	52,00 €	15,10 €	51,04 €	28,23 €
53 ans	53,00 €	15,55 €	52,57 €	28,86 €
54 ans	54,00 €	16,00 €	54,09 €	29,17 €
55 ans	55,00 €	16,45 €	55,62 €	29,80 €
56 ans	56,00 €	16,99 €	57,43 €	30,42 €
57 ans	57,00 €	17,34 €	58,61 €	31,05 €
58 ans	58,00 €	17,79 €	60,14 €	31,68 €
59 ans	59,00 €	18,33 €	61,95 €	31,99 €
60 ans	60,00 €	18,88 €	63,81 €	32,62 €
61 ans	61,00 €	19,41 €	65,62 €	33,87 €
62 ans	62,00 €	20,03 €	67,71 €	34,81 €
63 ans	63,00 €	20,57 €	69,52 €	35,75 €

64 ans	64,00 €	21,19 €	71,62 €	37,01 €
65 ans	65,00 €	21,81 €	73,71 €	37,95 €

Tarifs TTC adhérents, enfants

	Base	Optique +	Dentaire +	Hospi/Soins+
Enfant : de 0-17 ans	16,00 €	5,23 €	17,66 €	20,07 €

- **Tarif santé à l'étranger :**
 - 30 jours max 2€/mois ou 24€/an
 - 90 jours max 4€/mois ou 48€/an

- **Tarif prévoyance :**

Garantie principale

Franchise 15/3/0 (maladie, accidents, hospitalisation)

Franchise : 15/3/0 (Maladie/Accident/Hospitalisation)	PREV 01	PREV 02	PREV 03
Capital Décès/PTIA	12 500,00 €	37 500,00 €	75 000,00 €
Indemnités Journalières	25,00 €	75,00 €	150,00 €
Rente Invalidité mensuelle	750,00 €	2 250,00 €	4 500,00 €
Prime Mensuelle TTC			
18 ans	14,00 €	41,00 €	81,50 €
19 ans	14,00 €	41,00 €	81,50 €
20 ans	14,00 €	41,00 €	81,50 €
21 ans	14,00 €	41,00 €	81,50 €
22 ans	14,00 €	41,00 €	81,50 €

23 ans	14,00 €	41,00 €	81,50 €
24 ans	14,00 €	41,00 €	81,50 €
25 ans	14,00 €	41,00 €	81,50 €
26 ans	14,00 €	41,00 €	81,50 €
27 ans	15,50 €	46,50 €	93,00 €
28 ans	15,50 €	46,50 €	93,00 €
29 ans	15,50 €	46,50 €	93,00 €
30 ans	15,50 €	46,50 €	93,00 €
31 ans	17,50 €	52,50 €	105,00 €
32 ans	17,50 €	52,50 €	105,00 €
33 ans	19,50 €	58,50 €	116,50 €
34 ans	19,50 €	58,50 €	116,50 €
35 ans	21,50 €	64,00 €	128,00 €
36 ans	21,50 €	64,00 €	128,00 €
37 ans	23,50 €	70,00 €	139,50 €
38 ans	23,50 €	70,00 €	139,50 €
39 ans	25,50 €	75,50 €	151,00 €
40 ans	27,50 €	81,50 €	163,00 €
41 ans	27,50 €	81,50 €	163,00 €
42 ans	29,50 €	87,50 €	174,50 €
43 ans	31,00 €	93,00 €	186,00 €
44 ans	33,00 €	99,00 €	197,50 €
45 ans	35,00 €	105,00 €	209,50 €
46 ans	37,00 €	110,50 €	221,00 €

47 ans	39,00 €	116,50 €	232,50 €
48 ans	41,00 €	122,00 €	244,00 €
49 ans	43,00 €	128,00 €	255,50 €
50 ans	46,50 €	139,50 €	279,00 €
51 ans	50,50 €	151,00 €	302,00 €
52 ans	54,50 €	163,00 €	325,50 €
53 ans	58,50 €	174,50 €	348,50 €
54 ans	62,00 €	186,00 €	372,00 €
55 ans	64,00 €	192,00 €	383,50 €
56 ans	66,00 €	197,50 €	395,00 €
57 ans	68,00 €	203,50 €	406,50 €
58 ans	70,00 €	209,50 €	418,50 €
59 ans	70,00 €	209,50 €	418,50 €
60 ans	72,00 €	215,00 €	430,00 €
61 ans	74,00 €	221,00 €	441,50 €
62 ans	75,50 €	226,50 €	453,00 €
63 ans	77,50 €	232,50 €	464,50 €
64 ans	79,50 €	238,50 €	476,50 €
65 ans	81,50 €	244,00 €	488,00 €

Franchise 7/3/0 (maladie, accidents, hospitalisation)

Franchise : 7/3/0 (Maladie/Accident/Hospitalisation)	PREV 01	PREV 02	PREV 03
Capital Décès/PTIA	12 500,00 €	37 500,00 €	75 000,00 €

Indemnités Journalières	25,00 €	75,00 €	150,00 €
Rente Invalidité mensuelle	750,00 €	2 250,00 €	4 500,00 €
Prime Mensuelle TTC			
18 ans	18,50 €	55,00 €	110,00 €
19 ans	18,50 €	55,00 €	110,00 €
20 ans	18,50 €	55,00 €	110,00 €
21 ans	18,50 €	55,00 €	110,00 €
22 ans	18,50 €	55,00 €	110,00 €
23 ans	18,50 €	55,00 €	110,00 €
24 ans	18,50 €	55,00 €	110,00 €
25 ans	18,50 €	55,00 €	110,00 €
26 ans	18,50 €	55,00 €	110,00 €
27 ans	21,00 €	63,00 €	125,50 €
28 ans	21,00 €	63,00 €	125,50 €
29 ans	21,00 €	63,00 €	125,50 €
30 ans	21,00 €	63,00 €	125,50 €
31 ans	24,00 €	71,00 €	141,50 €
32 ans	24,00 €	71,00 €	141,50 €
33 ans	26,50 €	78,50 €	157,00 €
34 ans	26,50 €	78,50 €	157,00 €
35 ans	29,00 €	86,50 €	172,50 €
36 ans	29,00 €	86,50 €	172,50 €
37 ans	31,50 €	94,50 €	188,50 €
38 ans	31,50 €	94,50 €	188,50 €

39 ans	34,00 €	102,00 €	204,00 €
40 ans	37,00 €	110,00 €	219,50 €
41 ans	37,00 €	110,00 €	219,50 €
42 ans	39,50 €	118,00 €	235,50 €
43 ans	42,00 €	125,50 €	251,00 €
44 ans	44,50 €	133,50 €	266,50 €
45 ans	47,50 €	141,50 €	282,50 €
46 ans	50,00 €	149,00 €	298,00 €
47 ans	52,50 €	157,00 €	314,00 €
48 ans	55,00 €	165,00 €	329,50 €
49 ans	57,50 €	172,50 €	345,00 €
50 ans	63,00 €	188,50 €	376,50 €
51 ans	68,00 €	204,00 €	408,00 €
52 ans	73,50 €	219,50 €	439,00 €
53 ans	78,50 €	235,50 €	470,50 €
54 ans	84,00 €	251,00 €	502,00 €
55 ans	86,50 €	259,00 €	517,50 €
56 ans	89,00 €	266,50 €	533,00 €
57 ans	91,50 €	274,50 €	549,00 €
58 ans	94,50 €	282,50 €	564,50 €
59 ans	94,50 €	282,50 €	564,50 €
60 ans	97,00 €	290,00 €	580,00 €
61 ans	99,50 €	298,00 €	596,00 €
62 ans	102,00 €	306,00 €	611,50 €

63 ans	105,00 €	314,00 €	627,50 €
64 ans	107,50 €	321,50 €	643,00 €
65 ans	110,00 €	329,50 €	658,50 €

Franchise 90/3/0 (maladie, accidents, hospitalisation)

Franchise : 90/3/0 (Maladie/Accident/Hospitalisation)	PREV 01	PREV 02	PREV 03
Capital Décès/PTIA	12 500,00 €	37 500,00 €	75 000,00 €
Indemnités Journalières	25,00 €	75,00 €	150,00 €
Rente Invalidité mensuelle	750,00 €	2 250,00 €	4 500,00 €
Prime Mensuelle TTC			
18 ans	7,50 €	22,50 €	45,00 €
19 ans	7,50 €	22,50 €	45,00 €
20 ans	7,50 €	22,50 €	45,00 €
21 ans	7,50 €	22,50 €	45,00 €
22 ans	7,50 €	22,50 €	45,00 €
23 ans	7,50 €	22,50 €	45,00 €
24 ans	7,50 €	22,50 €	45,00 €
25 ans	7,50 €	22,50 €	45,00 €
26 ans	7,50 €	22,50 €	45,00 €
27 ans	9,00 €	26,00 €	51,50 €
28 ans	9,00 €	26,00 €	51,50 €
29 ans	9,00 €	26,00 €	51,50 €
30 ans	9,00 €	26,00 €	51,50 €

31 ans	10,00 €	29,00 €	57,50 €
32 ans	10,00 €	29,00 €	57,50 €
33 ans	11,00 €	32,00 €	64,00 €
34 ans	11,00 €	32,00 €	64,00 €
35 ans	12,00 €	35,50 €	70,50 €
36 ans	12,00 €	35,50 €	70,50 €
37 ans	13,00 €	38,50 €	77,00 €
38 ans	13,00 €	38,50 €	77,00 €
39 ans	14,00 €	42,00 €	83,50 €
40 ans	15,00 €	45,00 €	89,50 €
41 ans	15,00 €	45,00 €	89,50 €
42 ans	16,00 €	48,00 €	96,00 €
43 ans	17,50 €	51,50 €	102,50 €
44 ans	18,50 €	54,50 €	109,00 €
45 ans	19,50 €	57,50 €	115,00 €
46 ans	20,50 €	61,00 €	121,50 €
47 ans	21,50 €	64,00 €	128,00 €
48 ans	22,50 €	67,50 €	134,50 €
49 ans	23,50 €	70,50 €	140,50 €
50 ans	26,00 €	77,00 €	153,50 €
51 ans	28,00 €	83,50 €	166,50 €
52 ans	30,00 €	89,50 €	179,00 €
53 ans	32,00 €	96,00 €	192,00 €
54 ans	34,50 €	102,50 €	204,50 €

55 ans	35,50 €	105,50 €	211,00 €
56 ans	36,50 €	109,00 €	217,50 €
57 ans	37,50 €	112,00 €	224,00 €
58 ans	38,50 €	115,00 €	230,00 €
59 ans	38,50 €	115,00 €	230,00 €
60 ans	39,50 €	118,50 €	236,50 €
61 ans	40,50 €	121,50 €	243,00 €
62 ans	42,00 €	125,00 €	249,50 €
63 ans	43,00 €	128,00 €	255,50 €
64 ans	44,00 €	131,00 €	262,00 €
65 ans	45,00 €	134,50 €	268,50 €