PREAMBULE

Une mutuelle, appelée Mutuelle des Etudiants de Provence (MEP) est établie à Marseille, au 10 Rue Léon Paulet (13008). 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 auprès du secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité sous le numéro SIREN 782 814 826.

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 donc une garantie (mutuelle niveau 3) 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 1er 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 »).

OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE

Article 2 : Objet

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 constituéé 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 : Gamme de garanties

La gamme se décline en (4) quatre garanties mutualistes :

- Mutuelles HEYME niveaux 1 & 3
- Pack Responsabilité Civile HEYME
- Pack Bien-être HEYME

En complément des garanties « mutuelles HEYME », le membre participant a la possibilité de souscrire en option une garantie « frais de santé à l'étranger » dans les conditions de l'article 15 du présent règlement.

À l'exception de la garantie « Pack Responsabilité Civile », la gamme des garanties de la Mutuelle est réservée aux personnes qui relèvent d'un régime d'Assurance Maladie français.

ADHESION

Article 4 : Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer aux différentes garanties de la Mutuelle, toute personne qui en fait la demande dans les conditions suivantes :

4-1 : Pour les mutuelles HEYME

Être âgée le jour de son adhésion de plus de 16 ans et de moins de 35 ans, 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.

Les étudiants âgés de 35 à 44 ans inclus, peuvent également souscrire aux mutuelles HEYME, à condition de justifier auprès de la Mutuelle de leur statut d'étudiant.

Le membre participant peut, moyennant le paiement d'une cotisation additionnelle égale à 100% de sa cotisation (pour le même niveau de garantie) 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 de ce dernier.

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 à la ou aux garanties choisies.

4-2 : Pour la garantie « Pack Responsabilité Civile HEYME »
Être âgée le jour de son adhésion de plus de 16 ans et résider habituellement en France.

4-3 : Pour la garantie « Pack Bien-être HEYME »
Être âgée le jour de son adhésion de plus de 16 ans, résider habituellement en France et bénéficier d'un régime obligatoire de sécurité français.

Peuvent également bénéficier de cette garantie, les ayants droit du membre participant dans les conditions décrites à l'article 4-1 du présent règlement mutualiste.

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 la garantie choisie par le membre participant, et en fonction de la couverture, ou non, d'ayants droit inscrits.
Les montants des garanties sont les suivants :

Pour les mutuelles HEYME

Tarifs **mensuels** (€), Régime général	Niveau 1	Niveau 3
16 – 34 ans inclus	**9,90 €**	**24,90 €**
35 – 39 ans inclus	**14,91 €**	**35,15 €**
40 – 44 ans inclus	**23,78 €**	**51,80 €**

Tarifs **mensuels** (€), Alsace Moselle	Niveau 1	Niveau 3
16 – 34 ans inclus	**4,90 €**	**10,90 €**
35 – 39 ans inclus	**9,01 €**	**15,96 €**
40 – 44 ans inclus	**11,27 €**	**26,58 €**

Pour l'option « Santé à l'étranger »

Tarifs **mensuels** (€)	Option Santé à l'étranger
Séjour de 30 jours maximum	**2,00 €**
Séjour de 90 jours maximum	**4,00 €**

Pour la garantie « Pack Responsabilité Civile HEYME »

*Tarif **annuel** (€), PACK*	Pack RC
TARIF	**13,00**

Pour la garantie « Pack Bien-être HEYME »

*Tarif **mensuel** (€), PACK*	Pack Bien-être
TARIF	**4,50**

Il est précisé que la cotisation est due en entier pour tout mois commencé.
Pour adhérer à l'une de ces garanties, hormis la garantie « Pack Responsabilité Civile HEYME », 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, excepté pour la garantie « Pack Responsabilité Civile HEYME » dont le paiement de la cotisation s'effectue soit au comptant, soit par prélèvement unique.
Les prélèvements sont effectués au choix du membre participant entre le 05, le 10 et le 25 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 : Changement de garantie en cours d'année

En ce qui concerne les mutuelles, le changement de garantie en cours d'année au profit d'une garantie supérieure est possible, dans la limite d'une fois par année moyennant le paiement, par le membre participant,

de la différence entre la cotisation de la garantie initiale et celle due au titre de la garantie supérieure. En cas de paiement fractionné de la cotisation, il est tenu compte de l'augmentation correspondante dans les échéances de prélèvement restantes.
La nouvelle garantie prend effet au 1er du mois suivant la date de réception par la Mutuelle, de la lettre ou du courriel (formulaire contact www.heyme.care) du membre participant sollicitant le changement de garantie.

Le membre participant ne peut toutefois changer de garantie au profit d'une garantie inférieure 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 de 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.heyme.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 21 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

La gamme de garanties HEYME se renouvelle 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 21.1 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 à dénonciation de l'adhésion au présent règlement sera rappelée avec 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 indemnisations 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 l'exclusion du « Pack Bien être HEYME », 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.
En ce qui concerne le « Pack Bien être HEYME », le contrat prend effet au lendemain du paiement à 0 heure.

Fin des droits : la fin des droits intervient à la date de résiliation pour toute la gamme de garanties.

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 mutuelles 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 mutuelle de niveau 3.

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'entrainera 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 13.2.2 et 13.2.4 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 garanties
Sont également incluses dans les mutuelles, les garanties Responsabilité Civile et Responsabilité Civile Médicale, des prestations d'Assistance Rapatriement (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 incluses selon les garanties « mutuelles HEYME » souscrites

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 prestations garanties au titre de la mutuelle niveau 1
Dans le cadre de cette garantie, la Mutuelle prend en charge :

- en cas d'hospitalisation le remboursement du forfait journalier sur la base des tarifs en vigueur à la date de l'hospitalisation à l'exception des risques limités ;
- en cas de maladie ou d'accident et sur prescription médicale, les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation ou d'ambulance, induits par ledit accident et restant à la charge de l'assuré, après remboursement versé par un organisme gérant un régime d'Assurance Maladie français ;
- le remboursement de séances de détartrage (limité à deux séances l'année).

Vous pouvez consulter le détail des garanties sur le tableau de garanties.

13-2 : Les prestations garanties au titre d'un contrat responsable (mutuelle niveau 3)

13.2.1 : 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).

13.2.2 : 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.

13.2.3 : 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 mutuelle de niveau 3 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 règlementaire .

b. Paniers à tarifs maitrisés et libres

- Prothèses dentaires remboursées à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).
- Forfait prothèses dentaires (prothèses remboursées ou non par la Sécurité Sociale) : 100 €.

c. Prestations complémentaires

Sont également pris en charge :

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

13.2.4 : Les aides auditives

a. Dispositions applicables jusqu'au 31 décembre 2020 :

Aides auditives : appareils et prothèses médicales (100% BRSS).

b. Dispositions applicables à compter du 1er janvier 2021

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 règlementaire.

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 1er 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.

13.2.5 : Les autres prestations

- des forfaits « contraception d'urgence », « préservatifs masculins » et « protections hygiéniques réutilisables » (remboursés sur le niveau 3) ;
- des forfaits « contraception remboursée ou non » (remboursés uniquement sur le niveau 3).

Risques limités : La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhérent 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 autres garanties HEYME

14.1 : La garantie « Pack Responsabilité Civile HEYME » est composée :

- de la garantie Individuelle Accident décrite à l'article 18 du présent règlement,
- de la garantie Responsabilité Civile dont la notice d'Information est portée en fin du présent règlement mutualiste (cette garantie est proposée dans le cadre du contrat collectif souscrit par la Mutuelle auprès d'AXA France IARD),
- de la garantie Responsabilité Civile Médicale dont la notice d'Information est portée en fin du présent règlement mutualiste (cette garantie est proposée dans le cadre du contrat collectif souscrit par la Mutuelle auprès d'AXA France IARD),
- des offres de réductions.

14.2 : La garantie « Pack Bien-être HEYME » est composée :

- d'une couverture à 50 % du montant de l'adhésion à un club sportif, à une association sportive, à une salle de sport ou à un évènement sportif (à hauteur de 30 euros maximum par an),

- d'un forfait médecine douce : sophrologie, acupuncture, kinésiologie, hypnose thérapeutique, ostéopathie, chiropraxie, étiopathie (à hauteur de 40 euros par an),
- de la téléconsultation médicale,
- des offres de réductions.

Article 15 : L'option « Santé à l'étranger »

15-1 : 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 des garanties « mutuelles HEYME » et pour une durée maximum de 30 ou 90 jours.

L'ouverture des droits intervient dans les conditions de l'article 11 du présent règlement mutualiste si l'option est souscrite lors de l'adhésion à une garantie « mutuelle HEYME ». Dans les autres cas, elle prend effet le lendemain du paiement à 0 heure. La garantie est acquise au membre participant après expiration d'un délai de carence de dix (10) jours (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 des « mutuelles HEYME ».

15-2 : Risques couverts et risques exclus

15.2.1 : 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).

15.2.2 : 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 évènements 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.**

15-3 : Prestations garanties et prestations exclues

15.3.1 : Prestations garanties

Tous les frais ou actes de santé ci-après indiqués et qui sont consécutifs à l'un des risques couverts (article 15.2.1 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'entrainer 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'entrainer des complications et d'engager le pronostic fonctionnel et/ou visuel.

15.3.2 : 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 artério-veineuses 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, shampooing 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.**

15-4 : Modalités de mise en œuvre

15.4.1 : 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 15.4.3), 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 15.4.5).

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 apparaitre 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*

15.4.2 : 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 15.4.3), 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.

15.4.3 : 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 MEP - Service Santé à l'étranger - CS 70028 – 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.

15.4.4 : 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 15.4.5) à la Mutuelle dans les plus brefs délais et au plus tard un (1) mois après son retour en France.

15.4.5 : 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 bénéficier 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'Etranger (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.

Article 16 : Date de prise en compte pour la détermination du droit au remboursement des prestations

Le droit au remboursement des prestations liées à l'hospitalisation, en ce qui concerne la garantie « mutuelle HEYME niveau 1 **»**, et au forfait dentaire s'agissant de la garantie « mutuelle HEYME niveau 3 **»**, 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 17 : 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.

Article 18 : Individuelle Accident

Les membres participants qui ont souscrit à la garantie « Pack Responsabilité Civile HEYME », bénéficient de l'assurance Individuelle Accident.

Evènements garantis : tout évènement dont le fait générateur est survenu durant la période couverte par la garantie et ayant entraîné une invalidité supérieure à 10%.

Montant :
Montant du Capital versé au titre de l'assurance individuelle accident : capital forfaitaire et unique de 200 euros pour une invalidité supérieure à 10%.

Le taux d'invalidité est fixé à dire d'expert inscrit auprès de la Cour d'Appel et en se fondant uniquement sur le Guide Barème Européen d'Évaluation Médicale des Atteintes à l'Intégrité Physique et Psychique, consultable via Internet sur www.heyme.care.

Définitions

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un membre participant 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, insolations ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écroulement, avalanche, et inondation ;
- les lésions corporelles résultant d'agression ou d'attentat dont le membre participant 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.

Déchéance : privation du droit aux sommes prévues dans le contrat par suite du non-respect par le membre participant de certaines obligations qui lui sont imposées.

Exclusions : privation du droit aux sommes prévues dans le contrat du fait des circonstances particulières de survenance du sinistre.

L'assurance ne couvre pas les sinistres :

- **causés ou provoqués intentionnellement par le membre participant ;**
- **dus à l'état alcoolique du membre participant, caractérisé par la présence d'alcool dans le sang et ce quel qu'en soit le taux ;**
- **dus à l'usage par le membre participant de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;**
- **survenus lorsque le membre participant présentait un taux d'alcoolémie supérieur à 0,50 gramme/litre de sang lors de la survenance du sinistre et ce qu'importe que le taux d'alcoolémie n'ait pas été la cause exclusive et/ou aggravante du sinistre ;**
- **causés par le suicide ou la tentative de suicide du membre participant ;**
- **résultant de la participation du membre participant à des paris de toute nature (sauf compétitions sportives), à des rixes (sauf en cas de légitime défense), à des crimes ;**
- **résultant de la pratique d'un sport en tant que professionnel ainsi que de la participation même en tant qu'amateur à des courses de véhicules à moteur ou des tentatives de records ;**
- **résultant de l'utilisation, comme pilote, ou membre d'équipage d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs ou de la pratique de tous les sports aériens et notamment du delta plane, du parachutisme, du parapente ou de l'ULM ;**
- **survenus lorsque le membre participant est passager d'un appareil de locomotion aérienne qui n'est pas agréé pour le transport de passagers ;**
- **provoqués par la guerre étrangère - le membre participant doit prouver que le sinistre résulte d'un autre fait ;**
- **provoqués par la guerre civile - il appartient à la Mutuelle de faire la preuve que le sinistre résulte de ce fait ;**
- **résultant de crise d'épilepsie, d'un infarctus du myocarde, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée,**
- **dus aux effets d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ou à l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation provenant de radio-isotopes.**

Étendue territoriale : les garanties sont acquises dans le monde entier.

Obligations de la Mutuelle

Lorsqu'un membre participant est victime d'un accident et qu'il est établi qu'il reste invalide de ses suites, partiellement ou totalement, la Mutuelle verse au membre participant le capital indiqué au présent article en fonction de son taux d'invalidité. Le taux d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état du membre participant et au plus tard à l'expiration d'un délai de trois ans à partir de la date de l'accident. Pour les cas d'invalidité non prévus au barème précité, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec des cas énumérés dans le barème. Les taux d'invalidité sont fixés en dehors de toute considération professionnelle ou scolaire. La perte anatomique de membres ou organes déjà perdus fonctionnellement avant l'accident ne peut donner lieu à indemnisation.

Les lésions aux membres ou organes déjà invalides avant l'accident ne sont indemnisées que par différence entre l'état avant et après l'accident. L'évaluation des lésions à un membre ou organe ne peut être influencée par l'état d'invalidité préexistant d'un autre membre ou organe.

Si plusieurs membres ou organes sont atteints par le même accident, les taux d'invalidité se cumuleront sans pouvoir dépasser 100 %.

Déclaration de sinistre : le membre participant doit déclarer le sinistre auprès de la Mutuelle dans les trente jours ouvrés qui suivent la date à laquelle le sinistre est connu, sauf cas fortuit ou de force majeure.

La déclaration comprendra :

- une déclaration écrite précisant les circonstances de l'accident, le nom des témoins et l'identité de l'autorité verbalisante si un procès-verbal initial est dressé ;
- le certificat médical initial décrivant les blessures.

Le membre participant qui intentionnellement fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés dans l'intention de tromper la Mutuelle, perd tout droit à la garantie pour le sinistre en cause.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration de ces éléments est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, dans les conditions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances :

- en cas de mauvaise foi, par la nullité du contrat ;
- si la mauvaise foi n'est pas établie, par une réduction de l'indemnité en fonction des cotisations payés par rapport aux primes qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés.

Toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du sinistre et hâter le rétablissement du membre participant qui doit se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état.

Le médecin mandaté par la Mutuelle doit avoir libre accès auprès du membre participant pour constater son état. Le membre participant accepte que les informations médicales concernant son état de santé soient communiquées au médecin expert mandaté par la Mutuelle. Tout refus non justifié de se conformer à ce contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception, pourra générer une indemnisation proportionnelle au dommage subi par la Mutuelle qui incombera alors au membre participant. Le membre participant à la faculté de se faire assister du médecin de son choix. A défaut d'une déclaration dans les délais précités et dans le cas où la Mutuelle subit un dommage du fait de l'absence de cette déclaration ou de son caractère tardif, la déchéance peut être opposée au membre participant si ce retard a causé un préjudice à l'assureur.

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 19 : 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 20 : 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 fausse 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 21 : Modalités de résiliation

21.1 : 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.

21.2 : 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.

Cette faculté de résiliation entrera en vigueur au plus tard le 1er décembre 2020, conformément à la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019.

21.3 : 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 Couverture Maladie Universelle (CMU)

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

Résiliation suite à la souscription à une complémentaire santé entrant dans le dispositif CMU-C Contributive.

Justificatif attendu : attestation de souscription au contrat CMU-C Contributive 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 22 : 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 23 : 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 24 : 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 25 : 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 MEP ET SOUSCRITES AUPRES DE TIERS ASSUREURS

CONTRAT D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

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

Police n° 1743420304 souscrite par SUD COURTAGE ET CONSEIL (« S2C ») - 432, Bd Michelet 13009 Marseille - Tel : 04 91 16 47 12 – Fax : 04 91 16 47 11 – E-mail : gestion@sud-courtage.fr - SARL au capital de 7 622,45 euros – RCS Marseille B 395 214 646 00022 - Code APE 672 Z – N° ORIAS : 07 030 727.

Assureur : AXA France IARD - 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex - SA au capital de 214 799 030 - 722 057 460 RCS Nanterre.

ARTICLE 1- DÉFINITIONS

Accidents
Événement soudain, imprévu et extérieur à la victime et à la chose endommagée constituant la cause de dommages corporels ou matériels.

Assuré
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 MEP. Les enfants mineurs d'un adhérent, s'ils sont fiscalement à sa charge. Toutes personnes assurant la garde bénévole desdits enfants et seulement dans le cas d'un dommage causé par l'un de ces enfants.

Peuvent adhérer à ce contrat, les Mutuelles pour le compte de :

- La totalité de leurs adhérents ;
- Groupements d'assurés, clients de cabinets de courtage captifs appartenant à ces Mutuelles (déclaration préalable adressée à S2C) ;
- Groupements d'assurés, clients de ces Mutuelles au titre de garanties non mutualistes (déclaration préalable adressée à S2C).

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

Dommages
- Corporels : toute atteinte corporelle subie par une personne physique.
- Matériels : détérioration ou destruction d'une chose ou substance, toute atteinte physique à un animal.
- Immatériels : préjudice pécuniaire résultant de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien meuble ou immeuble, de la perte de bénéfice réel, lorsqu'ils sont directement consécutifs à un dommage corporel ou matériel garanti par ce contrat.

Dommages exceptionnels

Dommages résultant de l'action du feu, de l'eau, des gaz et de l'électricité, de la pollution, de l'effondrement des ouvrages ou constructions, des glissements de terrain, des avalanches, des intoxications alimentaires, de l'écrasement ou de l'étouffement dus à la panique, de l'utilisation des moyens de transports publics quels qu'ils soient.

Franchise
La somme qui reste en tout état de cause à la charge de l'Assuré sur le montant de l'indemnité due par l'Assureur. La franchise s'applique par sinistre, quel que soit le nombre de victimes.

Nous
AXA FRANCE IARD

Sinistre
Événement susceptible de mettre en jeu la garantie

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

Tiers
Toute personne autre que :

- l'Assuré tel qu'il est défini ci-dessus,
- les ascendants ou descendants de l'Assuré responsable du sinistre. Toutefois, en cas de dommages subis par les membres de la famille ayant la qualité d'Assuré, ou les ascendants et descendants visés à l'alinéa précédent, la garantie s'applique aux prestations que la Sécurité Sociale ou tout autre organisme de prévoyance pourrait réclamer au Souscripteur ou à toute autre personne assurée,
- les préposés de l'assuré responsable dans l'exercice de leurs fonctions sauf dans le cadre des recours de droit commun.

Article 2 - PREAMBULE

Le présent contrat garantit l'Assuré tel qu'il est défini à l'article 1.

Les garanties prennent effet dès lors que la qualité d'adhérent d'une Mutuelle signataire est acquise. Pour les groupements d'assurés (clients de Mutuelles ou des cabinets captifs), les garanties sont acquises après déclaration par listing nominatif adressé à S2C.

Les garanties du présent contrat ne seront plus acquises aux Assurés dès qu'ils cesseront d'être adhérents des Mutuelles signataires ou des groupements visés dans la définition de l'assuré, soit pour des raisons statutaires, soit pour non-renouvellement de leur cotisation.

Événements couverts

- les activités de la vie privée (y compris scolaires et universitaires),
- les activités sportives, à l'exception de celles exclues par ailleurs,
- les stages rémunérés ou non, conseillés ou ordonnés par l'établissement d'enseignement
- l'exercice occasionnel du baby-sitting et de cours particuliers
- la chasse sous-marine

Article 3 – RESPONSABILITE CIVILE

Objet de l'assurance

L'assureur garantit l'assuré contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité Civile pouvant lui incomber en application des articles 1240 à 1243 du Code Civil en raison des dommages corporels, matériels et immatériels qui en sont directement la conséquence, causés aux Tiers au cours ou à l'occasion des activités définies ci-dessus et provenant du fait :

- de l'assuré.
- de son personnel domestique en service,
- des animaux domestiques lui appartenant ou dont il a la garde à titre gratuit,
- des choses lui appartenant ou dont il a la garde, notamment :
  - de l'usage des cycles sans moteur et de leurs remorques
  - de tous véhicules mus à la main
  - de remorques de camping ou de caravanes sauf lorsque, attelées ou non à un véhicule automobile tracteur, elles sont assujetties à l'obligation d'assurance automobile selon les termes des Articles L211 -1 et suivants du Code des Assurances, de l'outillage et des appareils ménagers, de l'outillage de jardin avec ou sans moteur, sous réserve que ce matériel ne soit pas soumis à l'obligation d'assurance automobile,
  - de l'intoxication ou de l'empoisonnement causés par les boissons et aliments servis à sa table,

- de l'usage, à son insu ou à l'insu de son conjoint, par un de ses enfants mineurs d'un véhicule terrestre à moteur ne lui appartenant pas et dont il n'est pas gardien autorisé. Cette garantie s'applique également aux dommages subis par le véhicule. Dans tous les cas, la garantie s'applique tant aux dommages causés aux tiers qu'à ceux subis par le véhicule à la suite d'un accident. Toutefois, elle n'interviendra qu'en l'absence de tout contrat d'assurance relatif au véhicule considéré.

- de la pratique de tous les sports non exclus ci-après, même au cours de compétitions, pourvu qu'elles soient réservées à des amateurs.
- d'une personne qui lui prête assistance à titre gratuit, sous réserve toutefois que l'intervention de cette personne soit occasionnelle et inopinée.
- des dommages causés à un enfant dont il aurait la garde en qualité de simple particulier et à titre gratuit. Cette garantie est étendue à la pratique occasionnelle ou régulière du baby-sitting.
- des dommages occasionnés au matériel (animaux compris) dont il a l'usage, lorsque ce matériel lui est confié dans le cadre d'un stage de formation, rémunéré ou non, ordonné ou conseillé par l'établissement d'enseignement (y compris les stages de formation agricole).
- des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers, à l'occasion de ses activités de stagiaire qu'il est appelé à effectuer en sa qualité d'étudiant, y compris au cours de déplacements, notamment par les SAMU, SMUR, lors de convois sanitaires. La garantie s'applique également aux accidents de trajet.

Sont notamment considérées comme tiers les personnes physiques et morales de droit privé ou de droit public accueillant l'assuré (y compris leur personnel).

Il est précisé que nous renonçons au recours que, comme subrogé dans les droits de l'assuré, il serait en droit d'exercer contre ces personnes.

Article 4 - DEFENSE ET RECOURS

Objet de la garantie

En cas de litige vous opposant à un tiers, l'Assureur garantit :

- la mise en œuvre, par les voies amiables ou judiciaires, des moyens nécessaires à la sauvegarde de vos droits et intérêts,
- la prise en charge, dans la limite de la garantie, du coût d'intervention de tout auxiliaire de justice, des frais et dépens, y compris les frais d'expertise qui vous incombent.

Champ d'application

L'Assureur intervient :

- pour votre défense pénale, si vous êtes l'objet de poursuites ayant pour fait générateur un événement dont la garantie est prévue au contrat, ou à la suite d'un délit ou d'une contravention en matière de circulation des piétons et des bicyclettes sans moteur ;
- en recours amiable ou judiciaire à l'encontre du responsable identifié du dommage corporel ou matériel subi par vous, dès lors que ce préjudice est survenu dans le cadre de l'un des événements ou situations de la vie privée énumérés au paragraphe "Responsabilité civile", ou à la suite d'un dommage corporel subi par l'Assuré en tant que piéton du fait d'un véhicule terrestre à moteur dont il n'a ni la propriété, ni la conduite ni la garde, et dont il n'est pas le passager lors du sinistre.

Débours pris en charge

A condition d'avoir donné son accord préalable sur l'engagement de ces frais, l'Assureur acquitte directement :

- les frais de constitution de dossier, à l'exception des frais engagés pour vérifier la réalité du préjudice ou en faire la constatation, - les honoraires d'experts judiciaires,
- les frais et honoraires des auxiliaires de justice.

Libre choix de l'avocat

Si un litige implique l'intervention d'un avocat, vous pouvez le choisir parmi ceux inscrits au Barreau du Tribunal saisi, ou demander à l'Assureur de vous en proposer un.

Divergences d'intérêts

En cas de désaccord entre vous et l'Assureur sur l'opportunité d'engager ou de poursuivre une action en justice, la procédure prévue par l'article L.127-4 du Code des Assurances est appliquée ; en voici le résumé :

"Le différend est soumis à l'appréciation d'une tierce personne choisie d'un commun accord ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance. Sauf décision contraire, c'est l'assureur qui supporte, dans la limite de la garantie, les frais de cette procédure".

Les mêmes modalités sont appliquées en cas de survenance, entre vous et l'Assureur, de divergences d'intérêts au sens de l'article L.127-5 du Code des Assurances.

Article 5 - EXCLUSIONS

A - Responsabilité civile

Nous ne garantissons pas les dommages causés lors de la pratique :

- **de la chasse, y compris la destruction d'animaux nuisibles lorsqu'elle relève du champ d'application de la RC chasse (MAIS LA CHASSE SOUS MARINE EST GARANTIE)**
- **de toute activité sportive exercée dans des associations, clubs, fédérations qui ont assuré leurs adhérents conformément à l'article L 321-1 du Code du sport,**

- d'activités ne relevant pas de la vie privée qu'elles soient :
  - exercées ou non à titre temporaire,
  - exercées à titre lucratif ou syndical,
  - liées à une fonction publique ou d'organisation de manifestations ouvertes au public,
- de l'utilisation d'un Engin de Déplacement Personnel Mobile électrique (trottinettes, skates, hoverboards, gyropodes, gyroroues, etc…):

Sont exclus tous dommages causés par la participation à des émeutes, manifestations, mouvements populaires, actes de terrorisme et sabotage.

Nous ne garantissons pas les dommages résultant :

- D'obligations contractuelles réalisées à titre onéreux (à l'exclusion du baby-sitting qui est garanti),
- De la pratique de tous sports à titre professionnel
- De toute activité professionnelle, y compris les accidents du travail, étant précisé que les accidents causés au cours de trajet pour vous rendre sur les lieux de l'établissement scolaire ou en stage, ne sont pas considérés comme résultant d'une activité professionnelle.
- De l'organisation et de la participation à toutes épreuves, concours, courses ou compétition, ainsi qu'à toutes épreuves préparatoires nécessitant une autorisation préalable ou soumise à une obligation d'assurance,
- De votre activité en qualité de tuteur ou curateur familial,
- De l'exercice d'une fonction publique, politique ou sociale ou de dirigeant d'Association.
- D'une activité d'assistante maternelle.

Nous ne garantissons pas les dommages causés par :

- Une personne assurée aux biens, objets ou animaux lui appartenant ou appartenant à une personne de son entourage,
- Les équidés ou les animaux non domestiques appartenant ou gardés par une personne assurée,
- Les chiens relevant des catégories 1 et 2 au sens de la loi relative aux animaux dangereux (article L 211-12 du Code Rural),
- Les armes à feu et leurs munitions de catégorie A ou B dont la détention est interdite et dont vous seriez sciemment possesseur ou détenteur sans autorisation préfectorale.
- Tout voilier de plus de 6 m ou tout bateau à moteur de plus de 6 CV ou tout véhicule nautique à moteur tels que jet ski, jet à bras, scooter et moto des mers,
- Tout véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance automobile dont l'assuré est propriétaire, gardien ou locataire, y compris :
  - les remorques attelées ou non attelées si leur poids est supérieur à 750 kg,
  - les caravanes,
  - tout autre appareil terrestre lorsqu'il est attelé à un véhicule,
- Les appareils de navigation aérienne et engins aériens, autres que les engins d'aéromodélisme jusqu'à 5 kg et 10 cm3 dont vous ou les personnes dont vous êtes civilement responsable ont la propriété, la conduite ou la garde.

Nous ne garantissons pas les dommages :

- Causés aux biens confiés, loués ou empruntés par une personne assurée,
- Causés dans le cadre des stages d'études lorsqu'ils ont pour origine des actes prohibés par la réglementation en vigueur ou exécutés par des personnes non habilitées à les faire.
- Causés aux biens ou animaux, dont vous ou les personnes dont vous êtes civilement responsable avez la propriété, l'usage ou la garde (sauf dans le cadre des stages).

- **Matériels et immatériels consécutifs causés par les eaux, un incendie ou une explosion s'ils résultent de sinistres ayant pris naissance dans les locaux ou caravane dont vous êtes propriétaire, locataire ou occupant à titre quelconque.**

B - Défense et Recours

Outre les exclusions générales du contrat et celles spécifiques à la garantie responsabilité civile, l'extension Défense et Recours ne s'applique pas aux :

- **Litiges dont l'intérêt financier en principal porte sur un montant inférieur à 225 euros**
- **Montants des condamnations tant civiles que pénales ;**
- **Litiges relevant d'un acte intentionnel ou de la procédure dite des « amendes de composition » ;**
- **Litiges dont le fait générateur est survenu soit avant la prise d'effet du contrat, soit après la date de prise d'effet de la résiliation, soit au cours d'une période de suspension des garanties ;**
- **Litiges de mitoyenneté**
- **Litiges découlant d'opération de construction, de restauration ou réhabilitation immobilières dans les risques assurés ou dans les risques voisins ;**
- **Litiges intervenant dans le cadre d'une succession, d'une cessation d'indivision, d'une opération de partage familial ;**
  Litiges provoqués par une interruption d'activité, une dissolution de société ou d'association ;
  procédures engagées sans l'accord préalable de l'assureur.

Article 6 -TABLEAU DES GARANTIES

TABLEAU DE GARANTIES (sauf RC médicale)	MONTANTS	FRANCHISES
Dommages corporels	20 000 000,00 €	néant
Dommages exceptionnels	4 575 000,00 €	néant
Intoxication alimentaire	763 000,00 €	néant
Dommages matériels et immatériels	763 000,00 €	91,00 €
Dommages aux biens confiés lors de stages (y compris dommages immatériels consécutifs)	15 250,00 €	121,00 €
Dommages au matériel informatique confié par les Universités et Facultés (à l'exclusion du vol et de la perte)	2 500,00 €	150,00 €
Dommages au matériel non informatique confié par les écoles des Beaux-arts (à l'exclusion du vol et de la perte)	8000,00 €	150,00 €
Défense recours	compris dans les montants ci-dessus	Seuil d'intervention : 225 €

Article 7 – RESPONSABILITE CIVILE MEDICALE

Les garanties du contrat sont étendues aux conséquences pécuniaires de la responsabilité civile pouvant incomber à l'assuré en raison des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers au cours de toutes activités liées à l'exercice de professions médicales, chirurgicales et paramédicales.

Ces dommages sont couverts dans le cadre de stages, gardes, soins, imposés ou non, rémunérés ou non, en externat ou internat, que l'assuré pourra effectuer dans un service hospitalier, une clinique ou auprès d'un professionnel exerçant en libéral, dans la limite des actes qu'il est légalement autorisé à pratiquer. Sont notamment garanties les activités de dissection et les travaux pratiques d'anatomie.

- Cette extension de garantie est acquise uniquement pour les assurés inscrits dans l'une des quatre premières années d'études en : Médecine, Pharmacie, Orthophonie, Orthoptie, Kinésithérapie, Dentaire, écoles d'infirmiers, Puéricultrices, Aide-soignante, Manipulateurs radios, préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'État de pédicure-podologue (DEPE), préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'État d'audioprothésiste, à l'exclusion de tout autre.

Les garanties sont accordées jusqu'à la cinquième année d'études pour les disciplines suivantes : psychologie, pharmacie et sage-femme.

Les garanties sont accordées jusqu'à la sixième année d'études pour les disciplines suivantes :

- Ostéopathes
- La préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.
- La préparation universitaire ou en école privée au diplôme d'État en Psychomotricité.

MONTANT DES GARANTIES
Dommages corporels : 6 100 000 € - Franchise néant
Intoxication alimentaire : 6 100 000 € - Franchise néant
Dommages matériels et immatériels : 458 000 € - Franchise 45 €
Défense : comprise dans les montants ci-dessus
Recours : 15 250 € - Seuil d'intervention : 305 €

Extensions :

- RC du fait des salariés et préposés légalement autorisés,
- Fonctions hospitalières : la garantie est étendue à la responsabilité que l'assuré peut encourir à titre personnel dans le cadre de ses fonctions hospitalières au sein d'un établissement publie à la suite d'une faute détachable de ses fonctions.

Période de garantie :

- la garantie s'applique aux réclamations formulées à quelque époque que ce soit, dans la mesure où elles se rattachent à des faits survenus entre les dates de prise d'effet et de cessation du contrat.
- Inopposabilité des déchéances : aucune déchéance motivée par un manquement de l'assuré à ses obligations commis postérieurement au sinistre n'est opposable aux personnes lésées ou à leurs ayants droit. AXA FRANCE conserve néanmoins la faculté d'exercer contre l'assuré une action en remboursement de toutes les sommes qu'elle aura payées ou mises en réserve à sa place.

Délai de règlement : paiement des indemnités dans les 15 jours suivant l'accord amiable ou la décision judiciaire exécutoire. En cas d'opposition, ce délai ne court qu'à compter du jour de la mainlevée.

EXCLUSIONS :

Outre les exclusions prévues dans la cadre de la garantie Responsabilité Civile Familiale, sont exclus de la présente extension de garantie :

- **les dommages résultant d'actes professionnels prohibés par les dispositions légales ou réglementaires, ou exécutés par des personnes non habilitées à les faire.**
- **les conséquences de faits antérieurs à la présente extension et les actions engagées à leur sujet**
- **la faute intentionnelle de l'assuré, sauf recours intenté par la Sécurité Sociale en vertu des articles L 452-2, L 452-5 du Code de la Sécurité Sociale.**
- **les dommages engageant la responsabilité de l'assuré à l'égard de personnes se prêtant à des recherches biomédicales lorsque la responsabilité de l'assuré est recherchée à titre de promoteur (loi du 20/12/1988).**
- **les dommages résultant de la prescription de spécialités pharmaceutiques n'ayant pas obtenu le visa légalement exigé.**
- **les conséquences d'un acte à finalité purement esthétique.**
- **les dommages qui proviendraient directement ou indirectement de :**
  - **fourniture de sang ou de tous produits dérivés de celui-ci et de toutes sécrétions ou cellules humaines effectuées pour le compte et/ou dans le cadre de tout service ou organisme chargé de cette activité,**
  - **activités consistant à concevoir, étudier, créer de nouveaux médicaments, équipements, produits destinés à tous usages de soins ou de cosmétique ainsi que toutes expérimentations et tests associés.**
  - **les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosions ou irradiations provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de radioactivité, accélération artificielle des particules.**

L'assuré est cependant garanti en cas d'usage médical de la radioactivité en sa qualité d'utilisateur de substances radioactives et des installations les contenant, de propriétaire ou gardien de substances radioactives et des installations les contenant lorsque l'activité « corrigée » des substances radioactives se trouvant ensemble dans un même établissement ne dépasse pas un curie.

- **les conséquences d'engagements contractuels dans la mesure où elles excèdent celles auxquelles serait tenu l'assuré en vertu des textes légaux ou réglementaires sur la responsabilité civile.**
- **les dommages matériels et dommages immatériels qui ne sont pas la conséquence de dommages corporels, subis par les assurés lorsqu'ils ont la qualité de tiers entre eux.**
- **les conséquences pécuniaires de la responsabilité incombant à l'assuré du fait des dommages qui trouvent leur origine dans un dysfonctionnement provenant ou affectant des matériels électroniques ou informatiques, dès lors que ce dysfonctionnement est imputable au codage ou à la gestion des dates.**

DÉFENSE

En cas d'action mettant en cause une responsabilité assurée par la présente extension :

- devant les juridictions civiles, commerciales, ou administratives, Axa France, dans la limite de sa garantie, assume la défense de l'assuré, dirige le procès et exerce toutes voies de recours,
- devant les juridictions pénales : si la ou les victimes n'ont pas été désintéressées, Axa France a, dans la limite de sa garantie, la faculté, avec l'accord de l'assuré, de s'associer à sa défense sur le plan pénal. A défaut de cet accord, Axa France peut néanmoins assumer la défense des intérêts civils de l'assuré.

Axa France peut exercer toutes voies de recours au nom de l'assuré, y compris le pourvoi en cassation, lorsque l'intérêt pénal de l'assuré n'est plus en jeu. Dans le cas contraire, elle ne peut les exercer qu'avec l'accord de l'assuré.

Axa France choisit les auxiliaires de justice à qui sont confiés les dossiers et les rémunère en totalité.

Si l'assuré avait l'intention de choisir lui-même ses auxiliaires, il devrait en aviser Axa France :

- si Axa France accepte : elle prendra en charge les frais et honoraires de ces conseils sur production des pièces justificatives dans la limite de 4 600 Euros TTC par sinistre.
- si Axa France fait intervenir ses conseils aux côtés de ceux de l'assuré, ce dernier fera son affaire personnelle des frais et honoraires des conseils qu'il aura choisis.

PROTECTION JURIDIQUE PROFESSIONNELLE

Ce contrat garantit la protection juridique, c'est à dire la prise en charge de tout litige entendu comme une situation conflictuelle conduisant l'assuré devant une juridiction, pour y faire valoir un droit, résister à une prétention ou s'y défendre, lorsque le litige résulte de l'activité faisant l'objet de la présente extension.

En cas de décès de l'assuré, Axa France poursuit et soutient jusqu'à leur liquidation les actions engagées du vivant de l'assuré. L'assistance d'Axa France est accordée au conjoint et aux héritiers, à condition qu'ils se conforment aux mêmes obligations que celles incombant à l'assuré pour tout procès en demande ou en défense fondé sur des faits antérieurs au décès.

Procédure : l'assuré doit obtenir l'accord d'Axa France relatif au litige auquel il est confronté. Il peut faire appel à l'avocat de son choix. S'il choisit l'un des avocats correspondants de Axa France, celle-ci prend en charge la totalité de ses frais et honoraires.

Si l'assuré choisit un avocat personnel, Axa France lui rembourse les frais judiciaires sur présentation des pièces justificatives et des mémoires d'honoraires d'avocat, d'huissier, dans un délai de deux mois de la production desdites pièces dûment taxées, et moyennant les sommes maximum suivantes TTC prévues au barème ci-après :

- référé : 382 €
- jugement de 1ère instance ou transaction en cours de procédure : 1150 €
- décision d'appel : 1220 €
- procédure en cours de cassation, Conseil d'État ou juridiction européenne : 1530 €

En cas de prétention insoutenable en fait ou en droit, lorsque les frais envisagés sont hors de proportion avec l'intérêt pécuniaire du litige ou lorsqu'elle juge raisonnable les offres de l'adversaire, Axa France peut à tout moment refuser ou retirer son appui dans une procédure par décision motivée.

En cas de pareil désaccord entre Axa France et l'assuré pour régler un différend, cette difficulté pourra être soumise à l'appréciation d'un arbitre désigné d'un commun accord par les deux parties, ou, à défaut par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge d'Axa France; sauf si le Président du TGI en décide autrement (mise en œuvre abusive).

En tout état de cause, l'assuré conserve la pleine liberté d'action. S'il obtient une solution plus favorable que celle proposée par Axa France ou l'arbitre, Axa France lui rembourse les frais exposés pour l'exercice de cette action, dont le montant n'a pas été supporté par l'adversaire, dans la limite du montant de la garantie.

D'une manière générale, l'assuré à la liberté de choisir un avocat ou une personne qualifiée pour l'assister à chaque fois que survient un conflit d'intérêt entre lui-même et Axa France.

Exclusions supplémentaires propres à la Protection juridique : outre les exclusions prévues dans le cadre de la garantie responsabilité civile, restent exclus :

- les litiges dont la valeur pécuniaire est inférieure à 305 euros
- les amendes de toute nature
- les actions en recouvrements d'honoraires ou de créances

Obligations de l'assuré
Si les risques garantis par ce contrat viennent à être couverts par une autre assurance, l'assuré doit obligatoirement le déclarer à AXA FRANCE, en identifiant l'autre assureur et en détaillant le montant des garanties souscrites. En cas de sinistre, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation des dommages en s'adressant à l'assureur de son choix.

ARTICLE 8 – DISPOSITIONS DIVERSES

A - Étendue territoriale

Les garanties Responsabilité Civile et Défense Recours s'exercent dans le monde entier, à l'exclusion des États Unis et du Canada en ce qui concerne la RC médicale et la Protection Juridique médicale.

Pour les adhérents dont la nationalité est celle d'un pays ne faisant pas partie de l'Union Européenne, les garanties du présent contrat ne sont pas acquises pour tout sinistre survenu en dehors du territoire de l'Union Européenne.

B - Période de garantie

La garantie s'applique aux sinistres dont le fait générateur se situe pendant la période de validité du contrat.

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 MEP.

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, insolations ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écroulement, 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 dans personnes dans leur territoire.

Sont exclus du présent contrat les évènements 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 induis 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'évènements 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 résultat 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.

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	***Deux verres unifocaux*** - 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	**50 € pour le niveau 3.**
b	***Verre 1*** *verre unifocal* - 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 ***Verre 2*** *verre unifocal* - 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 *ou verre multifocal ou progressif* - sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;	**200 € pour le niveau 3 dont 100 € au maximum pour la monture.**

	- 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	***Verre 1 – verre unifocal*** - 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 ***Verre 2 - verre multifocal ou progressif*** - 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.	**200 € pour le niveau 3 dont 100 € au maximum pour la monture.**
d	***Deux verres appartenant à une des catégories ci-dessous précisées*** *verre unifocal* - 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. *ou verre multifocal ou progressif*	**200 € pour le niveau 3 dont 100 € au maximum pour la monture.**

	- 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.	
e	***<u>Verre 1 – verre appartenant à une des catégories ci-dessous précisées</u>*** *verre unifocal* - 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 ou verre multifocal ou progressif - 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 ***<u>Verre 2 - verre multifocal ou progressif</u>*** - sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;	**200 € pour le niveau 3 dont 100 € au maximum pour la monture.**

	- 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.	
f	***Deux verres multifocaux ou progressifs*** - 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.	**200 € pour le niveau 3 dont 100 € au maximum pour la monture.**

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 équipement complet (2 verres + monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	- 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.	
Constatation 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 verres	

Cas d'application de la périodicité dérogatoire	*Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique* - 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 ;

	- amblyopie ; - diplopie récente ou évolutive ; *Troubles de réfraction associés à une pathologie générale* - 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 ; *Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours* - corticoïdes ; - antipaludéens de synthèse ; - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.
Constatation de l'évolution de la réfraction	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière

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) HEYME.

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 HEYME
Garanties Santé

Tableau de garanties santé 2020

Les remboursements sont exprimés en pourcentage et s'appliquent à la base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur à la date des soins. Les plafonds dans le tableau intègrent le remboursement du régime obligatoire.
*Tarifs du régime Alsace-Moselle**

	Niveau 1 9,90 € /mois 4,90 € /mois*	Niveau 3 24,90 € /mois 10,90 /mois*
Hospitalisation		
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (1)	Frais réel	Frais réel
Participation assuré 24€	-	Frais réel
Frais de séjour	100%	100%
Honoraires et actes des médecins secteur OPTAM	100%	100%
Honoraires et actes des médecins secteur non OPTAM	100%	100%
Transport	100%	100%
Soins courants – médecine de ville		
Consultation / visite à domicile justifiée (généralistes et spécialistes) :		
secteur OPTAM	100%	100%
secteur non OPTAM	100%	100%
Participation assuré 24€	-	Frais réel
Médicaments	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire	-	100%
Honoraires paramédicaux	-	100%
Radiologie - actes médicaux	-	100%
Matériel médical	100%	100%
Transport	100%	100%
Autre soin		
Cures thermales	-	100%
Optique		
Equipement 100% santé - Montures et verres classe A	-	Prise en charge intégrale limité au Prix Limite de Vente (2)
Equipement Tarifs libres - Montures et verres classe B :		
Forfait pour un equipement composé d'une monture et de deux verres simples (3)	-	50 €
Forfait pour un equipement composé d'une monture et de deux verres mixtes à complexes (3)	-	200 €
Autres prestations optiques hors parcours 100% santé :		
Forfait lentille (4)	-	50 €
Chirurgie des yeux	-	Possibilité de cumuler les forfaits non utilisés sur 2 ans
Dentaire		
Prothèses - Panier 100% santé	-	Prise en charge intégrale limité aux Honoraires Limites de Facturations (5)
Prothèses - Panier reste à charge maîtrisé et tarifs libres	-	100%
Autres Prestations dentaires hors parcours 100% santé :		
Soins dentaires	-	100%
Forfait (5) prothèses dentaires remboursés ou non par le Régime Obligatoire	-	100 €
Détartrage (limité à 2 séances à l'année)	100%	100%
Implantologie remboursées		100 €
Prothèses - aides auditives		
Equipements auditifs panier 100% santé	-	Prise en charge intégrale limité au Prix Limite de Vente (2)
Appareil et prothèses médicales hors parcours 100% santé	-	100% (7)
Santé Prévention		
Forfait contraception remboursée ou non	-	25 €
Forfait contraception d'urgence	-	10 €
Forfait préservatifs masculins	15 €	25 €
Forfait protections hygiéniques réutilisables	10 €	20 €
Fonds d'entraide mutualiste	OUI	OUI
Inclusion Responsabilité Civile vie privée et Responsabilité Civile Médicale	OUI	OUI
Inclusion Assistance Rapatriement	OUI	OUI
Exclusions	Consultations, actes psychiatrie	
Limitations		

(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 le niveau 1. (2) Prix limite de vente : Tels que définis réglementairement. Les panier 100% Santé d'une partie du dentaire ainsi que les aides auditives ne seront totalement pris en charge qu'à compter du 1er janvier 2021 conformément au Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019. (3) 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 3 décembre 2018. (4) Remboursés ou non par la Sécurité Sociale (5) Honoraires limites de facturation : tarifs fixés par la convention du 21 juin 2018. (6) Prise en charge du Ticket modérateur que le forfait soit consommé ou non. (7) Le remboursement maximal (Sécurité Sociale + Mutuelle complémentaire) ne pourra être supérieur à 1700€.

(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 le niveau 1.
(2) Si non OPTAM remboursement de 130%
(3) Tels que définis réglementairement :
Les paniers 100% Santé en optique et une partie du dentaire ne sont pris en charge qu'a compter du 1er janvier 2020 conformément au Décret N° 2019-21 du 11 janvier 2019
Les panier 100% Santé pour l'autre partie du dentaire ainsi que les aides auditives ne seront pris en charge qu'à compter du 1er janvier 2021 conformément au Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019
(4) Forfait versé par période de deux ans sauf changement de dioptrie et pour les enfants (âge fixé reglementairement) . Montant maximum de remboursement de la monture selon la réglementation à la date de vos soins.
(5) Remboursés ou non par la Sécurité Sociale.

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