



# Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé

## MIS Santé

### Règlement mutualiste - Garanties Juventi 2018

#### Préambule

Une mutuelle, appelée Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS Santé) est établie à Marseille au 10, rue Léon Paulet • CS 30041 • 13417 Marseille cedex 8. Elle est régie par le Code de la mutualité et soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Conformément à l'article R.414-1 du Code de la mutualité, elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro 438 601 932.

#### Objet du règlement mutualiste

##### —> Article 1. Objet du règlement

En application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article 3 des statuts de MIS Santé, il est établi un règlement qui définit les engagements contractuels existants entre chaque adhérent et la mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations

##### —> Article 2. Gamme de garanties mutualistes

La gamme « Juventi » se décline en six garanties mutualistes :

- 4 garanties santé annuelles d'une durée de 12 mois dénommées : « Simplicité », « Faciliti », « Securiti », « Harmoni » ;
- une garantie « Juventi-Pass » ;
- une garantie « Bien-être ».

A l'exception de la garantie « Juventi-Pass », la gamme des garanties « Juventi » est réservée aux personnes qui relèvent d'un régime d'Assurance Maladie français.

##### —> Article 3. Cotisations

Les adhérents s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle. Sont compris dans cette cotisation, des cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions) ou techniques, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou les règlements de ces organismes. La cotisation est fixée forfaitairement, elle est individuelle par adhérent. La cotisation est payable d'avance. Pour le paiement de la cotisation, l'adhérent peut bénéficier sans frais supplémentaire d'un paiement fractionné.

Le paiement de la cotisation peut se faire alors sur douze mois, sur quatre trimestres ou sur deux semestres. La première fraction devant être payée le jour de l'adhésion de l'adhérent, soit par chèque, soit par carte bancaire, soit directement par prélèvement. Les autres fractions étant prélevées directement sur le compte bancaire de l'adhérent, le 10 de chaque mois. Seul le prélèvement automatique est valable, lorsque le paiement fractionné est choisi par l'adhérent. Le prix de la cotisation peut varier suivant l'âge de l'adhérent. Lorsqu'un adhérent entre dans une nouvelle tranche d'âge, le nouveau tarif de la cotisation est applicable à compter du 1er janvier de l'année de son anniversaire. Le prix de la cotisation varie selon la catégorie de garantie choisie par l'adhérent.

Tranches d'âge	Simpliciti	Faciliti	Securiti	Harmoni
Enfants	11,86 €	18,04 €	24,23 €	36,60 €
18 – 28 ans	19,07 €	28,87 €	39,18 €	59,80 €
29 – 35 ans	20,10 €	31,96 €	42,27 €	64,44 €
36 – 40 ans	21,14 €	36,09 €	44,85 €	67,02 €
41 – 45 ans	22,68 €	39,69 €	47,94 €	70,11 €
46 – 50 ans	24,23 €	44,85 €	53,10 €	79,90 €
51 – 55 ans	28,35 €	51,03 €	61,34 €	92,27 €
56 – 60 ans	31,96 €	54,13 €	65,98 €	98,98 €
61 – 65 ans	37,12 €	61,34 €	73,20 €	107,22 €
66 – 70 ans	43,30 €	70,11 €	84,03 €	121,14 €
71 – 75 ans	50,00 €	79,90 €	96,91 €	137,12 €
76 – 80 ans	57,22 €	91,24 €	110,83 €	154,13 €
+ 80 ans	69,59 €	109,29 €	133,00 €	180,43 €

Garantie « Bien-être » : 15 € par an.

En application de l'article 7 des statuts de MIS Santé, la qualité d'ayant droit n'induit pas la gratuité des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations versées par la mutuelle. L'adhérent doit s'acquitter de la ou des cotisations dues au titre de ses ayants droit. Les ayants droit conjoints (ou concubins ou partenaires liés par un PACS) et enfants, doivent avoir la même garantie que l'adhérent. Sont exonérés du paiement des cotisations, le troisième enfant et les suivants au titre d'ayants droit de l'adhérent.

#### —> Article 4. Renonciation

En application des dispositions légales, le souscripteur peut renoncer à sa demande d'adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'adhérent au siège social de MIS Santé, pendant un délai de quatorze jours à compter de la date de demande d'adhésion et obtenir la restitution intégrale des cotisations versées, déduction faite des éventuelles prestations payées pendant cette période ou restitution de celle-ci pour le surplus.

#### —> Article 5. Tacite reconduction

La gamme de garanties se renouvelle par tacite reconduction, d'année en année, pour une durée de 12 mois (et ce quelle qu'ait pu être leur durée initiale).

En application de la loi Chatel n° 2005-67 du 28 janvier 2005, reprise dans les dispositions de l'article L 221-10-1 du Code de la mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles, la date limite d'exercice par l'adhérent du droit de renonciation de l'adhésion sera rappelée à chaque avis d'échéance annuel et en toute hypothèse avant le 31 octobre.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, l'adhérent est informé qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis, pour dénoncer la reconduction.

Le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

### OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS

#### —> Article 6. Objet des garanties mutualistes

La Mutuelle assure directement des prestations mutualistes complémentaires de l'Assurance Maladie. Les prestations mutualistes servies aux adhérents ou bénéficiaires viennent en complément des prestations de Sécurité sociale, ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance. Toutefois le remboursement ne peut être en aucun cas supérieur au prix réel payé par l'adhérent.

Tous nos remboursements incluent le remboursement Sécurité sociale et sont basés sur les taux de remboursement et les tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale en vigueur au 31/05/2017. Prestations valables dans le respect du parcours de soins.

## → Article 7. Ouverture des droits

Règle générale : L'adhésion prend effet au lendemain de la signature du bulletin d'adhésion et arrive à échéance le 31 décembre de chaque année.

À l'exception des garanties « Bien-être » et « risques quotidiens, l'adhésion se reconduit tacitement au 1er janvier de l'année suivante.

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée au plus tard deux mois avant la date d'échéance.

Particularité des anciens adhérents de la Mutuelle des Étudiants de Provence (MEP) : si l'adhésion est prise au plus tard le 20 novembre de la même année, la couverture prend le relais de la MEP, avec effet rétroactif au 1er octobre pour les dépenses de santé non consécutives à un accident.

Délai de stage : L'adhérent n'aura pas de délai de stage à effectuer si ce dernier, dont l'adhésion est prise au plus tard le 31 décembre de la même année, était couvert par la MEP. L'adhérent n'aura pas de délai de stage à effectuer si ce dernier était couvert par un organisme assurant des prestations complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances...), moins de deux mois avant la date d'adhésion. La mutuelle n'impose pas de délai de stage en cas d'accident survenu à l'adhérent, en raison de son caractère aléatoire et incertain. Au cas où l'adhérent n'était pas couvert par un organisme assurant des prestations complémentaires à l'assurance maladie (mutuelles, sociétés d'assurances...), un stage de trois mois lui sera imposé pour bénéficier des prestations liées à l'hospitalisation et aux forfaits optiques et dentaires.

## → Article 8. Prestations valables dans le respect du parcours de soins

Risques couverts : Les risques couverts sont définis annuellement par le tableau des prestations approuvé par Assemblée Générale.

Taux de prestations : Les taux de prestations des différentes garanties sont définis dans le tableau des prestations approuvé par l'Assemblée Générale.

Prestations des garanties : Les prestations des garanties de la mutuelle sont identiques pour les adhérents, soumis au régime général de Sécurité Sociale et ceux soumis au régime spécial des TNS (travailleurs non salariés). Le versement des forfaits annuels s'effectue sur prescription médicale et sur présentation des factures ou reçus. Le versement des forfaits s'effectue dans la limite des frais engagés et fractionnables dans l'année.

Pour les garanties « Faciliti », « Securiti », « Harmoni » la mutuelle prend en charge : en cas d'hospitalisation, le remboursement du forfait journalier hospitalier (frais réels) et le versement d'une indemnité chambre individuelle de 8 € / jour pour les garanties « Faciliti » et « Securiti » et de 30 € / jour pour la garantie « Harmoni ».

Risques limités aux garanties « Faciliti », « Securiti » et « Harmoni » :

- le forfait journalier indemnité chambre individuelle est limité à 21 jours par hospitalisation sur présentation de facture(s).
- les actes et soins suite à un accident sont remboursés aux frais réels uniquement en France métropolitaine et lorsque les actes et les soins ont lieu dans un établissement conventionné. Il doit s'agir d'un accident entraînant des soins prescrits médicalement (actes et soins, optique et dentaire).
- le forfait journalier psychiatrique est limité à 50 jours par personne et par an.

Risques limités aux garanties « Securiti » et « Harmoni » :

- le forfait optique est attribué dans la limite des frais engagés et fractionnables dans l'année.
- les forfaits dentaires sont attribués dans la limite des frais engagés et fractionnables dans l'année.

Tous nos remboursements incluent le remboursement Sécurité sociale et sont basés sur les taux de remboursement et les tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale en vigueur au 31/05/2013. Prestations valables dans le respect du parcours de soins.

## → Article 9. Cessation des droits

Les droits aux prestations mutualistes cessent à compter de la date de début des soins, après deux ans et jusqu'au premier jour du trimestre civil suivant. Toutes les actions dérivant des opérations régies par le livre II du Code de la mutualité sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

## → Article 10. Dates de prise en compte pour la détermination du droit aux remboursements des prestations

**1** - Actes des praticiens prescripteurs (médecins, dentistes, sages-femmes) : C'est la date des soins. En cas d'actes en série, la date de chaque acte est prise en considération.

**2** - Actes des praticiens auxiliaires : c'est la date de la prescription.

**3** - Médicaments, accessoires, pansements, optique, autres fournitures : c'est la date de prescription, lors de la première exécution de l'ordonnance. C'est la date d'achat pour les renouvellements.

**4** - Prothèses dentaires et autres : il sera fait référence à la législation de la Sécurité Sociale.

**5** - Appareillage : c'est la date d'accord du contrôle médical ; si le contrôle médical ne matérialise pas son accord, la date prise en considération est la date de la demande d'accord du contrôle médical + quinze jours.

**6** - Analyses médicales : c'est la date de prescription, lors de la première exécution ; c'est la date d'exécution pour les renouvellements.

**7** - Transports : en ambulance, en VSL, en taxi ou autre moyen personnel ou public, c'est la date du déplacement.

**8** - Hospitalisation : frais de séjour et honoraires : on prendra en considération chaque journée d'hospitalisation.

**9** - Cures thermales : c'est la date de prescription de la cure thermale (ou date de la demande d'accord du contrôle médical).

**10** - Cas particuliers : décomptes établis par un autre organisme de prévoyance. Lorsque la demande de prestations est effectuée sur présentation de décomptes de règlements établis par un organisme de prévoyance (assurance maladie ou autre) qui est intervenu dans un premier temps, la date prise en considération est la date des soins précisés sur le décompte. L'adhérent devra communiquer les feuilles de soins 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 l'adhérent 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** - Les forfaits : c'est la date de prescription, lors de la première exécution de l'ordonnance. C'est la date d'achat pour les renouvellements sur présentation de la prescription médicale et de la facture. Pour le forfait maternité, c'est la date de la naissance sur présentation du livret de famille portant mention de la naissance, ou de l'extrait de naissance.

## → Article 11. Individuelle Accident (Décès-Invalidité)

MIS Santé propose à certains de ses adhérents et à leurs ayants droit, un capital en cas d'invalidité permanente totale ou partielle consécutive à un accident. Cette garantie est proposée soit en application des contrats mutualistes dénommés "Simpliciti", "Faciliti", "Sécuriti", "Harmoni", soit en application du contrat mutualiste dénommé "Risques quotidiens".

Capitaux individuelle accident :

- pour une invalidité de 0 % à 10 % (inclus) : pas de capital versé
- pour une invalidité de 11 % à 15 % (inclus) : 4 000€ x taux d'invalidité
- pour une invalidité de 16 % à 20 % (inclus) : 12 000€ x taux d'invalidité
- pour une invalidité de 21 % à 30 % (inclus) : 24 000€ x taux d'invalidité
- pour une invalidité de 31 % à 50 % (inclus) : 30 000€ x taux d'invalidité
- pour une invalidité de 51 % à 75 % (inclus) : 40 000€ x taux d'invalidité
- pour une invalidité de 76 % à 90 % (inclus) : 50 000€ x taux d'invalidité
- pour une invalidité de 91 % à 100 % (inclus) : 70 000€ x taux d'invalidité

Le taux d'invalidité est un % (pourcentage). A titre d'exemple, pour 60% d'invalidité, il sera donc versé un capital de 24 000€ (40 000€ x 0,60).

NB : MIS Santé n'intervient qu'à hauteur de 20 % des montants indiqués, la part restante du capital versé est prise en charge dans les mêmes conditions par un partenaire assureur (voir supra les informations concernant les garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance en l'espèce ACE European Group Limited, co-assureur à hauteur de 80 % du risque).

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'Evaluation des Atteintes à l'Intégrité Physiques et Psychiques, consultable dans les accueils MIS Santé ou via Internet sur [www.mis-sante.fr](http://www.mis-sante.fr).

Bénéficiaire : La personne qui reçoit de la mutuelle les sommes dues au titre des sinistres. En cas de décès de l'adhérent, à moins qu'une autre personne n'ait été désignée par l'adhérent, 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'adhérent. 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 adhérent et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle, sous réserve des exclusions énumérées ci-après.

Sont assimilés aux accidents :

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

- Les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives.
- L'asphyxie due à l'action imprévue de gaz ou de vapeurs.
- La noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté.
- Les gelures, coups de chaleur, insolation ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écroulement, avalanche, et inondation.
- Les lésions corporelles résultant d'agression ou d'attentat dont l'adhérent 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 l'adhérent de certaines obligations qui lui sont imposées.

L'assurance ne couvre pas les sinistres :

- Causés ou provoqués intentionnellement par l'adhérent.
- Dus à la conduite en état d'ivresse lorsque le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays où a lieu l'accident.
- Dus à l'usage par l'adhérent de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement.
- Survenus lorsque l'adhérent 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 de l'adhérent.
- Résultant de la participation de l'adhérent 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 l'adhérent est passager d'un appareil de locomotion aérienne qui n'est pas agréé pour le transport de passagers.
- Provoqués par la guerre étrangère ; l'adhérent ou le bénéficiaire 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, de rupture d'anévrisme, 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.

Etendue territoriale : Les garanties sont acquises quel que soit le lieu de survenance du sinistre.

Obligations de la Mutuelle :

- En cas de décès de l'adhérent garanti : Lorsqu'un adhérent est victime d'un accident et décède de ses suites dans les 24 mois de sa survenance, la mutuelle verse au bénéficiaire la somme indiquée à l'article 11. Si le corps de l'adhérent n'a pas été retrouvé à la suite d'un accident d'avion, d'un naufrage, de la destruction d'un moyen de transport public ou la disparition du moyen de transport public utilisé, et si aucune nouvelle n'a été reçue de l'adhérent, des autres passagers ou des membres d'équipage dans les deux ans qui suivent, alors il sera présumé que l'adhérent aura péri des suites de cet événement. Le capital pourra être versé avant l'expiration du délai de deux ans sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.
- En cas d'invalidité permanente : Lorsqu'un adhérent est victime d'un accident et qu'il est établi qu'il reste invalide de ses suites, partiellement ou totalement, la mutuelle verse à l'adhérent la somme obtenue en multipliant le montant indiqué à l'article 11 par le taux d'invalidité établi à partir du Barème Européen d'Evaluation des Atteintes à l'Intégrité Physiques et Psychiques précisé à l'article 11 (cf exemple). Le degré d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'adhérent 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 %.

En cas de décès accidentel avant consolidation de l'invalidité, seul le capital prévu en cas de décès sera versé, déduction faite éventuellement des sommes qui auraient pu être avancées au titre de l'invalidité. Il n'y a pas cumul des garanties décès et invalidité lorsqu'elles résultent d'un même accident.

Déclaration de sinistre :

L'adhérent ou le bénéficiaire doit déclarer le sinistre 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.
- Les pièces établissant la qualité du bénéficiaire en cas de décès et les nom et adresse du notaire chargé de la succession. L'adhérent ou le bénéficiaire 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. Toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du sinistre et hâter le rétablissement de l'adhérent qui doit se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état. Le médecin mandaté par la mutuelle doit avoir libre accès auprès de l'adhérent pour constater son état.

L'adhérent 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 à l'adhérent.

L'adhérent a 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 à l'adhérent si ce retard a causé un préjudice à l'Assureur.

## DISPOSITIONS DIVERSES

Expertise en cas de désaccord :

- S'il y a contestation d'ordre médical chaque partie désigne son médecin.
- Si l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les médecins représentant les parties ne s'entendent pas sur le choix du troisième médecin, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. 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 de l'adhérent 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.

Si ces médecins ne parviennent pas à un accord, ils s'adjoignent un troisième médecin pour statuer définitivement.

Informatique et libertés :

L'adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la mutuelle. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de la Direction Générale de la mutuelle en son siège social : 10, rue Léon Paulet • CS 30041 • 13417 Marseille cedex 8, conformément à la loi du 6 janvier 1978.

Prescription : toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites, c'est à dire ne peuvent plus être exercées au-delà de deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

La prescription est portée à dix ans en cas de garantie contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

## —> Article 12. Changement de garantie

A tout moment, un adhérent peut prendre une garantie différente, moyennant le respect d'un préavis de deux mois à compter du premier jour du mois suivant celui de la demande de changement. La nouvelle cotisation est appliquée à compter du premier jour du mois suivant celui de la demande de changement.

## —> Article 13. Fonds d'entraide mutualiste

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

Les bénéficiaires sont les adhérents de MIS Santé.

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

Les domaines d'intervention du fonds mutualiste sont :

- aider les adhérents subissant des difficultés exceptionnelles en prenant en charge une partie de leur cotisation du régime complémentaire d'assurance maladie,
- permettre le remboursement de prestations non statutaires chaque fois que l'adhérent de MIS Santé se trouve dans une situation exceptionnelle et d'une particulière gravité.

Toute personne souhaitant bénéficier d'une allocation au titre du fonds d'entraide soumet au Conseil d'Adminis-

tration de MIS Santé 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.

La constitution du fonds d'entraide mutualiste est assurée par une dotation votée annuellement par l'Assemblée Générale.

## → Article 14. Modalités de résiliation

### 14.1 Résiliation annuelle

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion tous les ans en adressant, au siège social de MIS Santé, une lettre recommandée avec avis de réception, au moins 2 mois avant le 31 décembre de chaque année, date d'échéance du contrat mutualiste (soit donc avant le 31 octobre de la même année), le cachet de la Poste faisant foi, ou sauf si la loi ou le règlement en disposait autrement.

### 14.2 Cas de résiliations exceptionnelles en cours d'année

Cadre général

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion en adressant, au siège social de MIS Santé, une lettre recommandée avec avis de réception accompagnée 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 MIS Santé est en possession de toutes les pièces justificatives.

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

MIS Santé rembourse à l'adhérent 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.

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 ACS

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

Résiliation pour un départ à l'étranger

MIS Santé 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 15. Traitement des réclamations • Médiation • Autorité de contrôle

### 15.1 Sur les réclamations

Pour toutes les réclamations concernant votre garantie complémentaire (commercialisation, contrat, règlement mutualiste, remboursement, ...) trois moyens de contact sont à votre disposition :

- par téléphone, du lundi au vendredi de 09 heures 00 à 17 heures 00, au 04 26 317 910 (appel non surtaxé) ;

- par courrier à l'adresse suivante : MIS Santé, Service gestion • CS 30041 • 13417 Marseille Cedex 8 ;
- par email : via notre formule de contact disponible à l'adresse <http://www.mis-sante.fr/Nous-sommes-a-votre-ecoute/p/5/0/0/>.

La mutuelle s'engage à accuser réception de votre réclamation sous 7 jours puis une réponse sera adressée le plus rapidement possible, dès transmission de votre part la totalité des pièces nécessaires à l'instruction et au traitement de votre réclamation, et ce sous un délai maximum d'un mois.

### 15.2 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 l'adhérent 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 l'adhérent a adressé à la mutuelle.

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](mailto:mediateur@fnim.fr).

Pour consulter la charte de médiation : [www.fnim.fr/mediation-de-la-fnim.html](http://www.fnim.fr/mediation-de-la-fnim.html)

### 15.3 Sur l'autorité de contrôle

En application de l'article L.510-1 du Code de la mutualité, le contrôle de l'État 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 08 heures 00 à 18 heures 00, du lundi au vendredi) ;
- se rendre sur son site internet : [www.abe-infoservice.fr](http://www.abe-infoservice.fr).

## → Tableau des garanties

Prestations valables dans le respect au parcours de soins. Tous nos remboursements incluent le remboursement de la Sécurité Sociale

et sont basés sur les taux et les tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale en vigueur au 31/05/2018.

(1) Sauf psychiatrie, neuropsychiatrie, centres d'éducation spécialisés limités à 50 jours par personne et par an. (2) Dans la limite de 21 jours par hospitalisation sur présentation de factures. (3) Consultations neuro psychiatriques limitées à 40 par personne et par an. (4) Dans la limite des frais engagés et fractionnables dans l'année. (5) Le bilan du langage oral est pris en charge dans le cadre des actes de prévention sur enfant de moins de 14 ans. (6) Pour bénéficiaire du forfait naissance, l'adhérent doit justifier d'au moins 10 mois d'adhésion aux garanties securiti ou harmoni. (7) Forfaits annuels dans la limite des frais engagés et fractionnables dans l'année. (8) Forfait limité à cinq consultations dans l'année. (9) Forfait limité à 3 séances dans l'année. (10) Forfait limité à 2 séances dans l'année.

		Simplicité	Facilité	Sécurité	Harmonie
<b>Hospitalisation</b>					
Tous actes et soins	80 à 100%	100 %	100 %	100 %	100 %
participation assuré 20 € sur hospitalisations > à 30 jours et sur actes et soins > à 120 €		Oui	Oui	Oui	Oui
Actes et soins suite à un accident		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier <sup>(1)</sup>		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Indemnité chambre individuelle <sup>(2)</sup>			8,00 €/j	8,00 €/j	8,00 €/j
<b>Pharmacie</b>					
Vignettes blanches	65%	100 %	100 %	100 %	100 %
Vignettes bleues	30%	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Consultations – Visites <sup>(3)</sup></b>					
Généraliste ou Spécialiste (parcours de soins)	70%	85 %	100 %	100 %	130 %
Généraliste ou Spécialiste (hors parcours de soins)	30%	30%	30%	30% + 30%	30% + 30%
<b>Actes de chirurgie (sans hospitalisation)</b>	70%	85%	100%	100%	130 %
Si actes > à 91	100%	100%	100%	100%	130 %
<b>Dentaire</b>					
Soins	70%	90%	100%	100%	130 %
Prothèses remboursables par la SS	70%	90%	100%	100%	130 %
Forfait supplémentaire <sup>(4)</sup>				60 €	100 €
Orthodontie, enfants moins de 16 ans	100%	100%	100%	100%	130 %
Prothèses non remboursables par la SS <sup>(4)</sup>				80 €	140 €
<b>Optique</b>	60%				
Forfait supplémentaire <sup>(4)</sup>		90%	100%	130%	130 %
<b>Radiologie (parcours de soins)</b>	70%	85%	100%	100%	130%
<b>Radiologie (hors parcours de soins)</b>	30%	30%	30%	30% + 30%	30% + 30%
<b>Prothèses, orthèses</b>	60%	85%	100%	100%	130%
<b>Analyses, orthoptie, orthophonie, soins infirmiers, kinésithérapie</b>	60%	85%	100%	100%	130%
<b>Transports, thermalisme</b>	65%	85%	100%	100%	130%
<b>Actes de prévention</b>					
Détartrage dentaire annuel		1	1	1	1
Vaccins		0 à 100%	100%	100%	100%
Bilan du langage oral <sup>(5)</sup>		Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Tiers payant national</b>		Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Assistance à domicile</b>		Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Forfait naissance <sup>(6)</sup></b>				200 €	250 €
<b>Forfait contraception (pilule, patch, anneau) <sup>(7)</sup></b>				50 €	60 €
<b>Forfait tabac stop <sup>(7)</sup></b>			40 €	60 €	120 €
<b>Forfait prothèses auditives <sup>(7)</sup></b>				150 €	160 €
<b>Forfait bien être</b>					
Psychologue <sup>(8)</sup>			10 €/consultation	12 €/consultation	15 €/consultation
Acupuncture <sup>(9)</sup>			10 € /séance	12 € /séance	15 € /séance
Ostéopathie <sup>(10)</sup>			12 € /séance	14 € /séance	20 € /séance
<b>Risques quotidiens RCIA</b>		Oui	Oui	Oui	Oui