

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.



Article 1 - Objet

En application de l'article L.114-1 alinéa 5 du Code de la mutualité et de l'article 3 des statuts de la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (**MIS Santé**), il est établi un règlement mutualiste qui définit les droits et obligations réciproques des adhérents, d'une part et **MIS Santé**, d'autre part, en ce qui concerne les prestations servies et les cotisations acquittées relatives au présent contrat mutualiste.

Les garanties de la gamme **iwi-F** sont destinées à garantir la prise en charge ou le remboursement des frais de santé occasionnés par une maladie inopinée ou par un accident survenus lors d'un séjour en France.

Les garanties SCHENGEN 70 et SCHENGEN 90 interviennent au premier euro en l'absence de couverture par un régime d'Assurance Maladie français.

La garantie SCHENGEN Delta 90 intervient en complément du régime d'Assurance Maladie français lorsque l'adhérent en devient bénéficiaire pendant la durée du contrat de la garantie SCHENGEN 90 (article 4).

Article 2 - Conditions et modalités d'adhésion

2.1 Conditions d'adhésion

Être habituellement résident à l'étranger et séjourner en situation régulière et temporaire sur le territoire français pour :

- suivre des études,
- effectuer un stage d'étude ou une mission d'étude,
- participer à un séjour linguistique,
- passer des vacances.

2.2 Modalités d'adhésion

Pour être pris en considération, la demande d'adhésion doit obligatoirement comporter :

- un bulletin d'adhésion dûment complété dans son intégralité, signé et daté,
- un paiement au bénéfice de la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (**MIS Santé**) en espèces, par chèque, par carte bancaire, par virement pour la totalité du montant de l'adhésion ou, en cas de paiement fractionné, par un mandat de prélèvement SEPA sur un compte bancaire situé dans un pays de la zone SEPA,
- une copie de la carte d'identité ou du passeport,
- une copie du visa ou du titre de séjour sur le territoire français.

Article 3 - Délai de rétractation

En application des articles L.221-18 du Code de la mutualité et L.121-29 du Code de la consommation, tout adhérent dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires pour exercer son droit de rétractation, sans avoir à justifier de motif ou à supporter des pénalités. Le délai court à compter du jour où le contrat d'adhésion est signé.

La mise en œuvre de ce droit de rétractation se fait par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au siège de la mutuelle **MIS Santé**.

C'est la date de première présentation de ladite lettre qui permettra de constater si la rétractation a bien été effectuée dans le délai requis.

En application de l'article L.121-29-II 2° du Code de la consommation, toute transmission par l'adhérent, pendant le délai de rétractation, d'une demande de remboursement de prise en charge ou de frais de santé, constitue de sa part une demande expresse et irrévocable d'exécution du contrat mutualiste emportant renonciation au délai et au droit de rétractation.

Article 4 - Garantie en complément d'un régime d'Assurance Maladie français

Si un adhérent de la garantie SCHENGEN 90 venait à bénéficier d'un régime d'Assurance Maladie français et si et seulement si cet adhérent en fait la demande expresse à **MIS Santé**, cette garantie devient la garantie SCHENGEN Delta 90 qui intervient alors en complément des remboursements de Sécurité sociale. Les tarifs appliqués pour les mensualités restantes sont alors ceux mentionnés dans le tableau intitulé «Garantie SCHENGEN Delta 90» (article 8.1).

Article 5 - Fausse déclaration

Il est rappelé à ce titre, in extenso, les édictons de l'article L.221-14 du Code de la mutualité :

« *Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.* »

Article 6 - Prise d'effet, durée, résiliation

6.1 Prise d'effet

Pour autant que la demande soit complète et acceptée par la mutuelle **MIS Santé**, l'adhésion prend effet à la date de prise d'effet telle que mentionnée sur le bulletin d'adhésion à 00 heure.

Les garanties de MIS Santé sont acquises à l'assuré après expiration d'un délai de carence de sept (7) jours à compter de la souscription du contrat d'assurance santé (aucun délai de carence en cas d'accident).

6.2 Durée

L'adhésion est souscrite pour une durée ferme et indiquée sur le bulletin d'adhésion. Ladite durée ne peut faire l'objet d'aucune interruption.

Cette durée peut être de quinze (15) jours au minimum et de douze (12) mois consécutifs au maximum. Les garanties cessent à la date de fin du contrat mutualiste.

Cette date est soit celle indiquée dans le bulletin d'adhésion, soit celle de la date de résiliation en cas de défaut de paiement ou en cas de faute dans l'exécution du contrat, soit celle du rapatriement dans le pays d'origine ou de départ définitif de France en cas de départ anticipé.

Si un événement quel qu'il soit intervient pendant un retour temporaire hors de France (article 9.3.1) rendant impossible la reprise du séjour en France, le jour de départ de France de l'assuré est considéré comme étant la date de départ définitif.

6.3 Résiliation

En cas de défaut de paiement, il est fait application de l'article L.221-7 du Code de la mutualité ci-après rappelé :

« Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle ou l'union de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente 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 ou des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle ou l'union a le droit de résilier ses garanties dix 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 ou à l'union 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 celle venue à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement ».

En cas de défaut de paiement de tout ou partie de la cotisation, les frais de recouvrement et de procédure dont le montant s'élève de deux-cents (200) euros sont à la charge de l'adhérent.

Article 7 - Zone géographique

Les garanties **iwi-F** sont valables sur l'ensemble des 26 pays signataires de l'accord de Schengen.

En cas de séjour temporaire hors de France (article 9.3.1), les garanties SCHENGEN 90 et SCHENGEN Delta 90 s'étendent au monde entier à l'exception des pays suivants : **Afghanistan, Djibouti, Éthiopie, Irak, Mauritanie, Somalie, Soudan, Syrie, Yémen.**

Article 8 - Cotisations et paiement des cotisations

8.1 Cotisations

Pour bénéficier du tarif étudiant, les adhérents doivent être âgés de seize (16) ans à trente-cinq (35) ans, être habituellement résident à l'étranger, séjourner de façon régulière sur le territoire français et être lycéen ou étudiant ou assimilé en France ou être en cours d'inscription pour le devenir dans les trois (3) mois suivant la prise d'effet de la garantie.

Les cotisations sont les suivantes pour chaque garantie :

Garantie SCHENGEN 70

	15 jours	1 mois	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois
Étudiants (de 16 à 35 ans)	25 ⁰⁰ €	40 ⁰⁰ €	90 ⁰⁰ €	180 ⁰⁰ €	270 ⁰⁰ €	360 ⁰⁰ €
- 20 ans	30 ⁰⁰ €	40 ⁰⁰ €	90 ⁰⁰ €	180 ⁰⁰ €	270 ⁰⁰ €	360 ⁰⁰ €
20 ans à 60 ans	45 ⁰⁰ €	60 ⁰⁰ €	153 ⁰⁰ €	288 ⁰⁰ €	405 ⁰⁰ €	504 ⁰⁰ €
60 ans et plus	60 ⁰⁰ €	80 ⁰⁰ €	204 ⁰⁰ €	384 ⁰⁰ €	540 ⁰⁰ €	672 ⁰⁰ €

Garantie SCHENGEN 90

	Pour 15 jours	Par mois
Étudiants (de 16 à 35 ans)	30 ⁰⁰ €	48 ⁰⁰ €
- 30 ans	45 ⁰⁰ €	60 ⁰⁰ €
30 ans à 50 ans	70 ⁰⁰ €	95 ⁰⁰ €
50 ans à 70 ans	108 ⁰⁰ €	145 ⁰⁰ €

Garantie SCHENGEN Delta 90

	Pour 15 jours	Par mois
Étudiants (de 16 à 35 ans)	21 ⁰⁰ €	33 ⁶⁰ €
- 30 ans	31 ⁵⁰ €	42 ⁰⁰ €
30 ans à 50 ans	49 ⁰⁰ €	66 ⁵⁰ €
50 ans à 70 ans	75 ⁶⁰ €	101 ⁵⁰ €

8.2 Paiement des cotisations

La cotisation est individuelle (aucun ayant-droit au contrat) et forfaitaire.

Le paiement de la cotisation au bénéfice de **MIS Santé** intervient en espèces, par chèque, par carte bancaire, par virement pour la totalité du montant de l'adhésion ou, en cas de paiement fractionné, par un mandat de prélèvement SEPA sur un compte bancaire situé dans un pays de la zone SEPA.

Le paiement fractionné n'est possible que pour des garanties d'une durée supérieure ou égale à cinq (5) mois et pour une souscription au plus tard quinze (15) jours avant la date de prise d'effet des garanties. Les paiements fractionnés sont mensuels.

En cas de paiement fractionné, le nombre de prélèvements mensuels est égal au nombre de mois de couverture moins trois (3). En effet, la part de cotisation correspondant aux trois (3) derniers mois de couverture est réglée au comptant lors de la souscription.

Tout défaut de paiement total ou partiel d'une cotisation due ou d'une fraction due de celle-ci entraîne l'application immédiate de la procédure de résiliation (article 6.3).

8.3 Frais et modalités d'annulation et/ou de modification

Toute demande d'annulation, hors délai de rétractation (article 3) et jusqu'à la veille de prise d'effet, est acceptée moyennant le paiement à la mutuelle d'une indemnité de dédit égale à vingt (20) euros si elle lui est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par courriel.

Aucune annulation n'est acceptée après la prise d'effet du contrat mutualiste.

Toute demande de modification concernant les éléments du contrat mutualiste initialement donnés lors de l'adhésion (adresse, pays de séjour, date de prise d'effet, etc.) génère, pour chaque modification, le paiement par l'adhérent d'une somme égale à dix (10) euros au titre des frais de modification.

À compter de la date de prise d'effet, plus aucune demande de modification de celle-ci, ni de la durée du contrat mutualiste n'est acceptée.

Article 9 - Prestations

9.1 Principes généraux

Le contrat mutualiste garantit le remboursement ou la prise en charge des frais de santé ci-après indiqués, étant rappelé que le contrat est individuel et qu'il ne couvre que l'adhérent indiqué comme tel sur le bulletin d'adhésion.

Les garanties ne s'étendent ni ne bénéficient à aucun ayant-droit de l'adhérent.

Pour donner lieu à remboursement, les actes médicaux doivent obligatoirement avoir été 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.

En cas de séjour temporaire hors de France et dans l'hypothèse où une maladie inopinée ou un accident graves nécessite des soins importants et lourds, l'assuré doit, à la demande de **MIS Santé**, accepter d'écourter son séjour à l'étranger et donc accepter son rapatriement en France pour y être soigné. À défaut d'acceptation par l'assuré, **MIS Santé** est en droit de refuser toute prise en charge et tout remboursement de soins. Aucun frais de santé engagé suite à la fin du contrat mutualiste ne donne lieu à remboursement.

Les frais de santé intervenus dans les quinze (15) jours suivant la date de fin du contrat mutualiste donnent toutefois lieu à remboursement si et seulement si la maladie inopinée ou l'accident qui est à l'origine de ces frais de santé est intervenu pendant la durée dudit contrat et si l'assuré ne peut être rapatrié dans son pays d'origine, qu'il accepte ou non son rapatriement.

9.2 Risques couverts et risques exclus

9.2.1 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 de l'adhérent 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).

9.2.2 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 de l'adhérent à des rixes, à des paris de toute nature, à des actes pénalement répréhensibles, à des manifestations ou à des événements non autorisés ;**

— **l'absorption par l'adhérent 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 pré-existantes ou qui sont le fait volontaire de l'adhérent et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilations volontaires ;**

— **les maladies pré-existantes, les conditions de santé pré-existantes et leurs conséquences (sont pré-existantes les blessures, maladies ou conditions de santé qui sont intervenues et/ou diagnostiquées et/ou traitées précédant la souscription par l'adhérent au présent contrat) ;**

— **l'état alcoolique de l'adhérent, 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 l'adhérent d'un sport à titre professionnel ;**

— **la participation de l'adhérent à une course ou à une compétition nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien ou aquatique à moteur ;**

— **la pratique par l'adhérent 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, tout sport de combat, etc. ;**

— **l'utilisation d'armes à feu par l'adhérent.**

9.3 Prestations garanties et prestations exclues

9.3.1 Prestations garanties

Tous les frais ou actes de santé ci-après indiqués et qui sont consécutifs à l'un des risques couverts (article 9.2.1 du présent règlement) :

— Médecine hospitalière :

• 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

- frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation ouvrant droit à prestation dans le cadre du présent contrat.

— Médecine courante hors hospitalisation :

- 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 :

- consultations, visites des dentistes ;
- soins dentaires (hors prothèses et implants dentaires).

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

— Frais ophtalmologiques occasionnés par un accident (traumatisme oculaire) ou par une urgence ophtalmologique non consécutifs à une pathologie préexistante, à un traitement de troubles de la vue ou au port d'un appareillage optique :

- consultations, visites des ophtalmologistes ;
- soins ophtalmologiques (hors prothèses, implants, appareillages optiques et chirurgie laser).

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

— Frais de santé engagés lors d'un séjour temporaire monde entier (prise en charge incluse uniquement dans les garanties SCHENGEN 90 et SCHENGEN Delta 90 d'une durée supérieure ou égale à un (2) mois) :

- médecine hospitalière ;
- médecine courante hors hospitalisation ;
- urgence dentaire ;
- urgence ophtalmologique.

Par « séjour temporaire monde entier », il faut entendre tout séjour effectué hors du territoire français quinze (15) jours minimum après la date de prise d'effet du contrat, après une présence effective sur le territoire français d'une durée minimale de quinze (15) jours et :

- d'une durée consécutive maximale de quinze (15) jours pour les contrats d'une durée supérieure ou égale à un (1) mois et inférieure à six (6) mois,
- d'une durée consécutive maximale de trente (30) jours pour les contrats d'une durée supérieure ou égale à six (6) mois.

Aucun frais de santé engagé lors d'un séjour temporaire monde entier n'est garanti pour les contrats d'une durée inférieure à un (2) mois.

Taux et plafonds de garantie* :

Garantie SCHENGEN 70

	Taux de remboursement	Plafonds de garantie
Médecine hospitalière	70% des frais réels	30 000 €
Médecine courante hors hospitalisation		
Frais dentaires d'urgence		150 €
Frais ophtalmologiques d'urgence		
Séjour temporaire monde entier	Garantie non incluse	

Garanties SCHENGEN 90 et SCHENGEN Delta 90

	Taux de remboursement	Plafonds de garantie
Médecine hospitalière	90% des frais réels	80 000 €
Médecine courante hors hospitalisation		
Frais dentaires d'urgence		150 €
Frais ophtalmologiques d'urgence		
Séjour temporaire monde entier **	30 000 €	

* dans la limite des frais engagés par l'adhérent

** uniquement pour les contrats d'une durée supérieure ou égale à 2 mois

9.3.2 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 ruptures d'anévrisme artériel ou de malformations artério-veineuses et aux infarctus du myocarde,
- à l'alcoolisme et à la dépendance de l'adhérent 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 orthopédiques, orthodontique, extra-oral, élastiques, gouttières, attelles, etc.) et ophtalmologique (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.

Article 10 - Modalités de mise en œuvre de la garantie

10.1 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 10.3), l'assuré doit demander une entente préalable à **MIS Santé** 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 **MIS Santé** 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 **MIS Santé** 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 10.5).

L'équipe médicale de **MIS Santé** peut contacter les médecins traitants et prendre les décisions les plus adaptées à l'état de santé de l'assuré en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales. Si l'équipe médicale de **MIS Santé** 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 **MIS Santé**.

L'adhérent s'engage à accepter tout changement de centre hospitalier préconisé par les services **MIS Santé**.

TOUT REFUS DE LA SOLUTION PROPOSÉE PAR L'ÉQUIPE MÉDICALE MIS SANTÉ ENTRAÎNE LA NON PRISE EN CHARGE DU SINISTRE.

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

Garantie SCHENGEN 70

	Taux normal	Taux hors entente préalable en cas d'accident ou de maladie nécessitant des actes médicaux en série
Médecine hospitalière	70 % des frais réels	50 % des frais réels
Médecine courante hors hospitalisation	70 % des frais réels	50 % des frais réels
Frais dentaires	70 % des frais réels	50 % des frais réels
Frais ophtalmologiques	70 % des frais réels	50 % des frais réels

Garanties SCHENGEN 90 et SCHENGEN Delta 90

	Taux normal	Taux hors entente préalable en cas d'accident ou de maladie nécessitant des actes médicaux en série
Médecine hospitalière	100 % des frais réels	50 % des frais réels
Médecine courante hors hospitalisation	90 % des frais réels	50 % des frais réels
Frais dentaires	90 % des frais réels	50 % des frais réels
Frais ophtalmologiques	90 % des frais réels	50 % des frais réels

* dans la limite des frais engagés par l'adhérent

10.2 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 10.3), l'assuré doit

transmettre une déclaration circonstanciée de sinistre à **MIS Santé** 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 l'assuré de déclarer son sinistre en raison d'une extrême urgence ou de son état médical, le délai commence à courir dès que l'assuré est en capacité de déclarer son sinistre.

L'adhérent peut déclarer son sinistre directement par téléphone, par l'intermédiaire du formulaire en ligne sur le site de **MIS Santé** qu'il peut télécharger, par courrier ou par courriel.

Un numéro de sinistre est communiqué à l'adhérent dès l'enregistrement de la déclaration par **MIS Santé**.

La déclaration circonstanciée mentionne les éléments suivants :

- le numéro de contrat ou le nom, le prénom et la date de naissance de l'adhérent ;
- un numéro de téléphone et une adresse courriel permettant de joindre l'adhérent ;
- 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.

10.3 Prise en charge

En cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à vingt-quatre (24) heures et si l'assuré en fait la demande, **MIS Santé** prend directement en charge les frais d'hospitalisation dans la limite du tableau de garantie (article 9.3.1).

La demande de prise en charge doit être réalisée auprès de **MIS Santé** :

- par téléphone au +33 (0)4 26 31 79 07 (du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 - numéro non surtaxé - coût de l'appel à la charge de l'adhérent) ou
- par courrier à l'adresse **MIS Santé** - Service Prise en charge - CS 30041 - 13417 Marseille Cedex 8.

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.

10.4 Remboursement

Dans tous les cas, y compris en cas de prise en charge, l'assuré s'engage à transmettre un dossier de remboursement complet (article 10.5) à **MIS Santé** dans les plus brefs délais et au plus tard un (1) mois après la fin de son contrat.

Dans l'hypothèse où l'adhérent n'est pas bénéficiaire d'un régime d'Assurance Maladie français, la demande de remboursement est immédiatement transmise à **MIS Santé** pour un remboursement au premier euro.

Dans l'hypothèse où l'adhérent est bénéficiaire d'un régime d'Assurance Maladie français, la demande de remboursement est transmise à **MIS Santé** après intervention du régime d'Assurance Maladie pour un remboursement complémentaire des frais de santé.

10.5 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),
- l'original des factures de soins pour les adhérents des garanties SCHENGEN 70 et SCHENGEN 90,

— les décomptes de remboursement de la Sécurité sociale pour les adhérents de la garantie SCHENGEN Delta 90 (article 4),

— en cas d'hospitalisation, le compte rendu de ladite hospitalisation.

Article 11 – 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'Administration 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 12 – Subrogations légales et conventionnelles

12.1 Subrogation légale fondée sur l'article L.224-9 du Code de la mutualité

La mutuelle est subrogée, en ce qui concerne les frais de santé et à concurrence des sommes qu'elle a versées, dans les droits et actions de l'adhérent contre tout tiers responsable du sinistre qui est à l'origine de l'engagement des frais de santé et cela dans les conditions de l'article L.224-9 du Code de la mutualité.

12.2 Subrogation conventionnelle fondée sur les articles 1346 et suivants du Code civil

Dans l'hypothèse où l'adhérent bénéficie d'un régime d'Assurance Maladie français durant son séjour et si l'adhérent n'active pas l'option complémentaire santé (article 4), l'adhérent subroge dans tous ses droits et dès à présent la mutuelle auprès de cet organisme d'assurance maladie afin que la mutuelle puisse réclamer à cedit organisme les sommes que ce dernier a été amené à verser à l'adhérent si celui-ci a sollicité, auprès de cet organisme, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés par l'adhérent lors de son séjour dans l'espace Schengen.

Bien évidemment, l'adhérent s'interdit de solliciter le remboursement de tout ou partie des mêmes frais de santé, qu'il a été amené à engager lors de son séjour à l'étranger et pour lesquels il a souscrit le présent contrat mutualiste, simultanément auprès de cet organisme d'assurance maladie et auprès de la mutuelle.

12.3 Documents à transmettre à la mutuelle dans le cadre de la subrogation légale ou conventionnelle

Sauf si l'adhérent a utilisé sa Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) ou si le Centre National des Soins à l'Étranger (CNSE) est déjà intervenu pour que soit pris en charge tout ou partie des frais de santé exposés par l'adhérent lors de son séjour à l'étranger, l'adhérent doit, dans l'hypothèse où il a perçu des remboursements de frais de santé intervenus lors d'un séjour temporaire hors du territoire français et s'il est bénéficiaire d'un régime d'Assurance Maladie français, transmettre à **MIS Santé** dans le mois qui suit son retour de l'étranger les documents suivants :

- 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) ;
- la dernière attestation de droit auprès d'un organisme d'assurance maladie ;
- l'acte de subrogation dûment complété, daté et signé (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale) ;
- le formulaire Cerfa n° 1226-7*03 intitulé « Soins reçus à l'étranger » dûment complété, daté et signé (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale) ;
- la photocopie du passeport de l'adhérent ;
- l'avis d'imposition de l'adhérent ou du foyer fiscal au sein duquel il est rattaché, avec attestation d'hébergement ;
- l'original des factures de soins réalisés à l'étranger ;
- en cas d'hospitalisation, le compte rendu de ladite hospitalisation.

12.4 Défaillance

Dans l'hypothèse où l'adhérent n'a pas transmis à la mutuelle tous les documents requis pour permettre à la subrogation légale ou conventionnelle d'être mise en place et de jouer, ou n'a pas effectué les démarches requises auprès de l'assurance maladie susceptible de le prendre en charge, et après une mise en demeure adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par email restée infructueuse pendant plus de quinze jours, la mutuelle peut alors demander à l'adhérent de rembourser tout ou partie des sommes qui lui ont été versées par **MIS Santé** pour les frais de santé pris en charge ou remboursés et pour lesquels la subrogation légale ou conventionnelle ne peut ni être mise en place, ni jouer du fait de l'adhérent.

Article 13 - Prescription

Le présent contrat mutualiste est soumis aux édications de l'article L.221-11 du Code de la mutualité qui dispose que toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Informations et souscriptions

Sur Internet : www.iwif.fr

Par téléphone : + 33 (0)1 83 65 00 38 (appel non surtaxé)
Du lundi au vendredi, de 9h00 à 19h00

Par courrier : **MIS Santé:**
MIS Santé- Service IWI-F
CS 30041
13417 Marseille cedex 8

Article 14 – Traitement des réclamations – Médiation – Autorité de contrôle

14.1 Sur les réclamations

Pour toutes les réclamations concernant une garantie **iwi-F** (commercialisation, contrat, règlement mutualiste, remboursement, ...) trois moyens de contact sont à la disposition de l'adhérent :

- par téléphone, du lundi au vendredi de 09 heures 00 à 18 heures 00, au 04 26 317 907 (appel non surtaxé) ;
- par courrier à l'adresse suivante : **MIS Santé**, Service réclamation - CS 30041 - 13417 Marseille Cedex 8 ;
- par email :
via notre formulaire de contact disponible à l'adresse <https://www.mis-sante.fr/contact-mis>.

La mutuelle s'engage à accuser réception de la réclamation sous sept (7) jours puis une réponse est adressée le plus rapidement possible, dès transmission de votre part la totalité des pièces nécessaires à l'instruction et au traitement de la réclamation, et ce sous un délai maximum d'un (1) mois.

14.2 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 :

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

Pour consulter la charte de médiation :

www.fnim.fr/mediation-de-la-fnim.html.

14.3 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 - 61, rue Taitbout - 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.