

Conditions Générales



Saint-Christophe
MUTUELLE D'ASSURANCES

Partage votre engagement

Lumina Santé Sénior



Sommaire

• Préambule	4
• Lexique	5
• Article I	14
Objet du contrat.....	14
• Article II	14
Modalités de souscription au contrat.....	14
2.1 – Conditions de souscription	14
2.2 – Durée et renouvellement de la souscription	14
• Article III	14
Garanties.....	14
3.1 – Début des garanties	14
3.1.1 – Date d'effet	14
3.2 – Changement de niveau de garantie	15
3.3 – Descriptif des garanties	15
3.3.1 – Hospitalisation.....	15
3.3.2 – Dentaire	16
3.3.3 – Optique	16
3.3.4 – Soins courants	17
3.3.5 – Aides auditives.....	18
3.3.6 – Prévention et Bien-être	19
3.3.7 – Services +	19
3.3.8 – Renforts.....	22
3.4 – Exclusions et limitations	24
3.4.1 – Exclusions générales.....	24
3.4.2 – Exclusions spécifiques	24
3.4.3 – Limitations.....	24
3.5 – Territorialité	24
• Article IV.....	25
Services.....	25
4.1 – Télétransmission et tiers-payant	25
4.1.1 – Télétransmission avec les C.P.A.M, la RAM et la MSA.....	25
4.1.2 – Tiers-payant santé	25
4.2 – Prise en charge.....	25
• Article V	26
Modalités d'obtention des remboursements.....	26
• Article VI.....	26
Cotisations.....	26
6.1 – Montant des cotisations	26
6.2 – Evolution des cotisations.....	27
6.3 – Modalités de paiement des cotisations.....	27

6.4 – Conséquences du défaut de paiement.....	27
• Article VII.....	28
Dispositions diverses.....	28
7.1 – BNC & BIC	28
• Article VIII.....	28
Modifications législatives et réglementaires	28
• Article IX.....	28
Vos déclarations.....	28
• Article X.....	29
Résiliation.....	29
10.1 – Cas de résiliation	29
10.2 – Modalités de résiliation	30
10.3 – Remboursement.....	31
• Article XI.....	31
Modification du contrat à la demande du souscripteur.....	31
• Article XII.....	31
Renonciation.....	31
• Article XIII	32
Démarchage téléphonique	32
• Article XIV	32
Dispositions relatives à.....	32
la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.....	32
• Article XV	33
Mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale	33
• Article XVI	33
Expertises – Justificatifs	33
• Article XVII.....	33
Subrogation.....	33
• Article XVIII.....	34
Prescription.....	34
• Article XIX.....	35
Informations sur l'utilisation de vos données personnelles.....	35
• Article XX	35
Réclamations	35
• Article XXI.....	37
Garanties d'assistance	37
ARTICLE 1 - OBJET	37
ARTICLE 2 - DEFINITION.....	37
ARTICLE 3 – DEFINITION DES GARANTIES D'ASSISTANCE.....	38
ARTICLE 4 – EXCLUSIONS.....	38
ARTICLE 5 – CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION.....	38
ARTICLE 6 – CONDITIONS GENERALES D'APPLICATION.....	38
ARTICLE 7 – CADRE JURIDIQUE.....	38



Préambule

Le contrat **LUMINA SANTE SENIOR** est un contrat d'assurance soumis aux dispositions du Code des assurances.

Il est constitué :

- des présentes Conditions générales qui précisent nos droits et obligations réciproques,
- des Conditions particulières qui complètent et adaptent ces Conditions générales à vos besoins actuels. Elles indiquent le souscripteur sociétaire et les assurés avec les garanties acquises.

Les Conditions particulières précisent la société d'assurance auprès de laquelle le contrat est souscrit et dénommée l'Assureur. Le contrat est rédigé et conclu en langue française.

L'autorité chargée du contrôle de la société d'assurance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – Secteur Assurance, située 4 place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.



❖ Accident

Toute lésion corporelle médicalement constatée provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

❖ Actes coûteux et peu coûteux (frais de séjour)

Les actes dits « coûteux » ou « lourds » sont les actes pour lesquels une participation forfaitaire de l'assuré est définie par l'article R160-16 du Code de la Sécurité sociale.

Les actes dits « peu coûteux » sont les actes de la Liste pour lesquels l'assuré doit s'acquitter du ticket modérateur.

❖ Actes médicaux et consultations hors parcours de soins

Sont visés :

- les actes médicaux ou consultations réalisés pour un Assuré de plus de 16 ans n'ayant pas déclaré de médecin traitant à sa caisse d'assurance maladie.
- les actes médicaux ou consultations réalisés et non recommandés par le médecin traitant déclaré par l'Assuré de plus de 16 ans à sa caisse d'assurance maladie.

La majoration de participation et les dépassements d'honoraires autorisés liés au non-respect du parcours de soins sont remboursables en partie selon le tableau des prestations et les garanties souscrites.

❖ Activité libérale intra-hospitalière

Possibilité donnée à certains médecins hospitaliers de pratiquer une activité libérale privée dans la structure d'un établissement public (article R6154-3-1 du Code de la santé publique).

❖ ADELI (Automatisation DEs Listes)

Le répertoire ADELI recense les informations professionnelles de nombreuses professions de santé.

La consultation de ce répertoire est aujourd'hui possible en contactant votre Agence Régionale de Santé (ARS). Le numéro ADELI est progressivement remplacé par le RPPS pour certaines professions de santé.

Le répertoire ADELI est régi par l'Arrêté du 12 juillet 2012 relatif à la mise en place d'un traitement de données à caractère personnel.

❖ Admission

Accueil et enregistrement du patient par le service des admissions d'un établissement hospitalier. En cas d'arrivée par le service des urgences, il existe également une procédure d'admission accélérée.

❖ Ambulatoire

Tout séjour dans un établissement hospitalier privé ou public donnant lieu à une admission, un traitement (y compris chirurgical) et une sortie le même jour, nécessité par un accident ou une maladie ; les consultations externes sont exclues.

❖ Assurés

Personnes sur lesquelles repose l'assurance, c'est-à-dire le souscripteur (sauf mention contraire stipulée sur les conditions particulières) et les membres de sa famille répondant aux conditions pour être assurés.

❖ Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve l'Assuré.

❖ Base de Remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

📌 Contrat responsable

La Loi qualifie une complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle encourage le respect du parcours de soins coordonnés (le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'assurance maladie). Dans ce cas, les garanties du contrat prévoient les obligations minimales de remboursement des prestations liées aux consultations du médecin traitant et ses prescriptions et prend en charge au minimum deux prestations de prévention fixées par la réglementation.

Elles prévoient également une différenciation des remboursements entre médecins adhérents ou non à un DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée), des planchers et des plafonds en optique ainsi que la prise en charge :

- du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins, à l'exception des cures thermales, des médicaments homéopathiques et des médicaments remboursés à 15% et 30%,
- du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé, sans aucune limitation de durée.

En revanche, elles ne remboursent pas :

- **les dépassements et majoration liés au non-respect du parcours de soins,**
- **la participation forfaitaire de 1 € applicable aux consultations et à certains examens médicaux,**
- **les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0.50 € par boîte de médicament).**

Un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé est un contrat proposé par la Sécurité sociale aux médecins leur proposant de limiter leurs dépassements d'honoraires en contrepartie d'un certain nombre d'avantages. L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) est un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

📌 Court séjour

Le court séjour inclut les soins de courte durée ou le traitement des affections pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie.

📌 Cure Thermale

Séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections. Les cures thermales sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent notamment être prescrites par un médecin.

📌 Domicile

Lieu de résidence principale et habituelle de l'Assuré. Il est situé en France.

📌 Echéance principale

L'échéance principale est la date définie dans les Conditions particulières à laquelle le contrat se renouvelle par tacite reconduction s'il n'a pas été résilié selon les conditions définies dans les présentes Conditions générales.

📌 Equipement Auditif 100% Santé

Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L.165-3 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale française.

📌 Etablissement de santé

Structure délivrant des soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile.

❖ **Etranger**

Tout pays en dehors du pays du Domicile de l'Assuré.

❖ **Famille**

Le chef de famille, son conjoint (ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) ou le concubin) et les enfants fiscalement à charge.

❖ **Forfait journalier hospitalier**

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse, ...).

❖ **Forfait de surveillance thermale**

Le forfait de surveillance thermale correspond à votre surveillance médicale par le médecin du centre pour l'ensemble des actes médicaux accomplis pendant la durée normale de votre cure. Ces frais se rapportent directement à l'affection qui a provoqué la cure thermale. S'y ajoutent, éventuellement, des pratiques médicales et complémentaires si ces soins sont inscrits sur la liste des pratiques médicales remboursables et effectuées dans les stations thermales répertoriées dans cette liste.

❖ **Forfait thermal**

Le forfait thermal correspond aux soins et traitements de la cure elle-même.

❖ **Frais de séjour**

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas, ...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80 % (ou de 100 % dans certains cas : actes coûteux notamment), le solde étant généralement remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

❖ **Franchise**

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1er janvier 2008. Son montant est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés.

Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l'Aide Médicale de l'État.

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé « responsables ».

❖ **Grand appareillage**

Il désigne les fauteuils roulants, les prothèses oculaires et faciales et les ortho prothèses.

❖ **Hospitalisation**

Désigne un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

📌 Hospitalisation inopinée

Une hospitalisation inopinée est une hospitalisation à l'étranger non programmée et donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale française. Les conditions de prise en charge de la Sécurité sociale pour les soins dispensés à l'étranger sont précisées dans les articles R160-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

📌 Implantologie Dentaire (Implants)

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse. L'implantologie n'est pas remboursée par l'Assurance maladie obligatoire, mais peut en revanche être prise en charge par certaines Complémentaires santé.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de l'implant et le prix des prestations associées à sa pose.

📌 Liste des Produits et Prestations remboursables (LPP)

La LPP, consultable sur le site de l'Assurance maladie (Ameli.fr), recense les dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, les aliments diététiques, les orthèses et les prothèses externes, les dispositifs médicaux implantables et les véhicules pour handicapés physiques qui sont remboursables par la Sécurité sociale.

📌 Long Séjour

Le long séjour inclut les soins comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Les Unités de Soins de Longue Durée accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

📌 Maladie

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente.

📌 Maladies infectieuses

Fièvre typhoïde ou paratyphoïde, varicelle, rubéole, coqueluche, oreillons, méningite cérébro-spinale, diphtérie, variole, tétanos, rougeole ou dysenterie.

📌 Moyen Séjour (Soins de suite ou de réadaptation (SSR))

Le moyen séjour inclut les soins nécessaires à votre rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

📌 Nous

L'Assureur.

📌 Optique - Equipement 100% Santé

Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tels que définis au deuxième alinéa de l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

📌 Parodontologie

La parodontologie est la discipline qui s'occupe des tissus qui entourent la dent et tout ce qui la soutient : la gencive, l'os alvéolaire, le cément et le ligament.

📌 Participation forfaitaire de 1 €

Participation forfaitaire d'un euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse ;
- des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

📌 Période d'attente

Période pendant laquelle nous ne prenons pas en charge les soins pratiqués. Elle débute à partir de la date d'effet des garanties.

📌 Praticien/établissement conventionné, praticien/établissement non conventionné

Les pouvoirs publics et les autorités régissant la politique de soins passent des conventions avec les instances représentatives des professionnels de santé. Ces conventions visent à permettre ou faciliter le remboursement des soins par les Assurances maladies obligatoires ou complémentaires en contrepartie d'un encadrement des pratiques et des tarifs. Les praticiens sont ensuite libres d'adhérer ou non à la convention de leur profession. En pratique, les tarifs des praticiens conventionnés sont habituellement plus bas que les tarifs des praticiens non conventionnés.

📌 Prothèses dentaires à tarifs libres

Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité Sociale.

📌 Prothèses dentaires à tarifs limités

Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente - PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale française.

📌 Régime obligatoire

Le régime obligatoire désigne un régime de prévoyance auquel l'assuré est automatiquement soumis et qui est déterminé selon son statut professionnel.

📌 Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire. Il est constitué :

- du ticket modérateur,
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

📌 RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé)

Le RPPS recense les informations professionnelles de nombreuses professions de santé, notamment les médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens. Le RPPS remplace progressivement le répertoire national ADELI. Le RPPS est régi par l'Arrêté du 6 février 2009 portant création d'un traitement de données à caractère personnel.

📌 Séjours spécialisés

Séjours spécialisés de repos, de rééducation (y compris les séjours contribuant à la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie), de convalescence, de gériatrie, de neuropsychiatrie, de psychiatrie, de diététique et séjours similaires, quel que soit l'établissement ainsi que les séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire et social.

Soins et prothèses dentaires 100% Santé

Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente - PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale française.

Soins inopinés

Les soins inopinés sont les soins dispensés à l'étranger qui n'ont pas été programmés et donnant lieu à un remboursement par la Sécurité sociale française. Les conditions de prise en charge de la Sécurité sociale pour les soins dispensés à l'étranger sont précisées dans les articles R160-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Souscripteur

La personne signataire du contrat s'engage pour elle-même ainsi que pour tous les autres assurés du contrat. Le souscripteur est sociétaire conformément aux statuts de la Mutuelle Saint-Christophe assurances.

Télétransmission

La télétransmission est l'envoi informatisé des feuilles de soins et des décomptes de santé entre les partenaires de Santé.

Cela peut-être :

- la télétransmission du prestataire de santé (médecin, pharmacien, laboratoire, etc.) vers l'organisme gestionnaire de votre régime obligatoire.
- la télétransmission entre l'organisme gestionnaire de votre régime obligatoire et l'organisme gestionnaire de votre complémentaire santé. Dans ce cas votre décompte de Sécurité sociale intègre la mention « le double est transmis à votre organisme complémentaire ».

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD).

Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant le reste à charge.

Titre de transport

Dans le cadre des transports publics de voyageurs, il désigne le document qui permet à l'assuré de justifier du paiement du transport.

Verres complexes

- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
-

Verres très complexes (pour les équipements adultes uniquement)

- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries

- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à $- 8,00$ dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à $0,25$ dioptrie
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à $8,00$ dioptries

📌 Verres simples

- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre $- 6,00$ et $+ 6,00$ dioptries
- Verres unifocaux 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
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à $6,00$ dioptries

📌 Vous

A l'article III, toutes les personnes assurées désignées aux Conditions particulières.
A tous les autres articles, le souscripteur du contrat.

Les remboursements complémentaires suivent pour l'ensemble des options de garantie le parcours d'un contrat « responsable ».

	S100	S125
Hospitalisation		
Frais de séjour		
Hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique conventionnée ou hôpital public	Frais réels	Frais réels
Hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique non conventionnée agréée, hôpital public secteur privé	100%	100%
Honoraires		
Médecins ayant adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)	100% (1)	125% (1)
Médecins n'ayant pas adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)	100% (1)	105% (1)
Chambre particulière (limitée à 60 jours en séjours spécialisés) (2)	30€ / jour	45€ / jour
Forfait journalier hospitalier (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie et psychiatrie)	Frais réels	Frais réels
Confort hospitalier (téléphone, internet, télévision, séjour de l'accompagnant, frais de transport des visiteurs)	50€ (1)	75€ (1)
Transport ambulance	100%	100%
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%	125%
Dentaire		
Soins dentaires		
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay	100%	125%
Soins et prothèses 100% Santé* (10)	Frais réels **	Frais réels **
Prothèses		
Autres prothèses (prothèses à tarifs limités et prothèses à tarifs libres)	125%	150%
- bonus fidélité à partir de la 3ème année	50€ (1)	75€ (1)
• Limite annuelle prothèses dentaires remboursées (6) - la 1ère année	-	-
- la 2ème année	-	-
- à partir de la 3ème année	-	-
Prestations non remboursées par le régime obligatoire (prothèses, implantologie, orthodontie et parodontologie)	50€ (1)	75€ (1)
Optique		
Equipements 100% Santé* (9)	Frais réels **	Frais réels **
Équipement à tarif libre (Classe B)		
Les remboursements en optiques sont limités à un équipement tous les 2 ans (3) Un équipement comprend les verres et la monture : le remboursement de la monture ne peut excéder 100 €.		
Monture avec 2 verres simples (pour les 2 premières années d'adhésion)	75€ (1)	125€ (1)
Monture avec 2 verres simples (à partir de la 3ème année)	125€ (1)	175€ (1)
Monture avec 1 verre simple et 1 verre complexe / très complexe (pour les 2 premières années d'adhésion)	125€ (1)	150€ (1)
Monture avec 1 verre simple et 1 verre complexe / très complexe (à partir de la 3ème année)	175€ (1)	220€ (1)
Monture avec 2 verres complexes ou très complexes (pour les 2 premières années d'adhésion)	200€ (1)	225€ (1)
Monture avec 2 verres complexes ou très complexes (à partir de la 3ème année)	200€ (1)	300€ (1)
Équipement panaché***		
Lentilles prescrites remboursées (5) ou non remboursées par le régime obligatoire	75€ (1)	125€ (1)
Opération de la myopie, de l'hypermétropie et de la presbytie par laser (chirurgie réfractive)	75€ / Oeil (1)	125€ / Oeil (1)
Soins courants		
Honoraires médicaux		
Médecins ayant adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)	100%	125%
Médecins n'ayant pas adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)	100%	105%
Imagerie médicale		
Imagerie/échographies/dopplers pratiqués par un médecin ayant adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)	100%	125%
Imagerie/échographies/dopplers pratiqués par un médecin n'ayant pas adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)	100%	105%
Honoraires paramédicaux	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire	100%	100%
Médicaments		
Pharmacie et homéopathie remboursées par le régime obligatoire	100%	100%
Matériel médical		
Orthopédie, Appareillage, Prothèses autres que dentaires et auditives	100%	125%
Aides auditives		
Aides auditives de classe I ou II (7) - Jusqu'au 31 décembre 2020	100% + 150€ (1)	100% + 250€ (1)
Réparations et piles pour appareil auditif - Jusqu'au 31 décembre 2020	100% + 150€ (1)	100% + 250€ (1)
Equipements 100% Santé* - A partir du 1er janvier 2021	Frais réels **	Frais réels **
Aides auditives de classe II (7) (Adulte) - A partir du 1er janvier 2021	550€	650€
Réparations et piles pour appareil auditif - A partir du 1er janvier 2021	100%	100%
Prévention et Bien-être		
Médecines naturelles non remboursées par le régime obligatoire (ostéopathe, chiropracteur, pédicure, podologue, acupuncteur, homéopathe)	50€ (1)	75€ (1)
Prévention (pharmacie non remboursée, vaccins non remboursés, pilule contraceptive, sevrage tabagique)	50€ (1)	75€ (1)
Cure thermique	100% + 50€ (1)	100% + 75€ (1)
Services +		
Soins inopinés à l'étranger (voir CG, article relatif à la territorialité)	100%	100%
Garanties assistance	Incluses	Incluses
Exonération et/ou remboursement de la cotisation si hospitalisation + de 9 nuits consécutives suite à un accident (8)	Garantie	Garantie
Téléconsultation médicale	Incluse	Incluse
Aides aux obsèques (si décès avant 70ans) (8)	-	100€

S150		S200		S250	
Frais réels		Frais réels		Frais réels	
100%		100%		100%	
150% ⁽¹⁾		200% ⁽¹⁾		250% ⁽¹⁾	
130% ⁽¹⁾		180% ⁽¹⁾		200% ⁽¹⁾	
55€ / jour		65€ / jour		75€ / jour	
Frais réels		Frais réels		Frais réels	
100€ ⁽²⁾		150€ ⁽²⁾		200€ ⁽²⁾	
100%		100%		100%	
150%		200%		250%	
150%		200%		250%	
Frais réels **		Frais réels **		Frais réels **	
175%		200%		250%	
100€ ⁽²⁾		100€ ⁽²⁾		100€ ⁽²⁾	
800€		800€		800€	
800€		800€		800€	
2100€		2100€		2100€	
100€ ⁽²⁾		150€ ⁽²⁾		200€ ⁽²⁾	
Frais réels **		Frais réels **		Frais réels **	
Les remboursements en optiques sont limités à un équipement tous les 2 ans (3). Un équipement comprend les verres et la monture ; le remboursement de la monture ne peut excéder 100 €.					
150€ ⁽⁴⁾		175€ ⁽⁴⁾		200€ ⁽⁴⁾	
200€ ⁽⁴⁾		250€ ⁽⁴⁾		275€ ⁽⁴⁾	
180€ ⁽⁴⁾		200€ ⁽⁴⁾		250€ ⁽⁴⁾	
280€ ⁽⁴⁾		300€ ⁽⁴⁾		350€ ⁽⁴⁾	
250€ ⁽⁴⁾		275€ ⁽⁴⁾		325€ ⁽⁴⁾	
350€ ⁽⁴⁾		375€ ⁽⁴⁾		450€ ⁽⁴⁾	
150€ ⁽²⁾		175€ ⁽²⁾		200€ ⁽²⁾	
150€ / Oeil ⁽²⁾		175€ / Oeil ⁽²⁾		200€ / Oeil ⁽²⁾	
150%		200%		250%	
130%		180%		200%	
150%		200%		250%	
130%		180%		200%	
125%		125%		150%	
125%		125%		150%	
100%		100%		100%	
150%		200%		250%	
100% + 350€ ⁽²⁾		100% + 450€ ⁽²⁾		100% + 550€ ⁽²⁾	
100% + 350€ ⁽²⁾		100% + 450€ ⁽²⁾		100% + 550€ ⁽²⁾	
Frais réels **		Frais réels **		Frais réels **	
750€		850€		950€	
100%		100%		100%	
100€ ⁽²⁾		150€ ⁽²⁾		200€ ⁽²⁾	
100€ ⁽²⁾		150€ ⁽²⁾		200€ ⁽²⁾	
100% + 100€ ⁽²⁾		100% + 150€ ⁽²⁾		100% + 200€ ⁽²⁾	
100%		150%		150%	
Incluses		Incluses		Incluses	
Garantie		Garantie		Garantie	
Incluse		Incluse		Incluse	
200€		300€		400€	

Renforcez vos niveaux de garanties*

⊗ **En hospitalisation**
+ 50% sur les honoraires des médecins ayant adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

⊗ **En optique | ☑ En dentaire**
+ 75 € pour des verres complexes et très complexes.
+ 100 € pour des prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire.

⌘ **Appareillage | Aide à la santé**
+ 150 € pour orthopédie, appareillage, prothèse (hors prothèses dentaires et auditives).
+ 50 € sur la prévention : pharmacie non remboursée, vaccins non remboursés, sevrage tabagique, traitement des troubles de l'andropause, dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, de l'ostéoporose.

*Hors formule S100

(3) sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, ils sont alors limités à une paire par an.
(4) Le forfait lunettes inclut le remboursement de la monture et des verres. Le remboursement de la monture ne peut pas excéder 100€ même si le forfait dépasse ce montant.
(5) Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.
(6) Seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite.
(7) La prise en charge des prothèses auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans.
(8) Réservés aux assurés non bénéficiaires de la "loi Madelin".
(9) Avant le 1er janvier 2020, la garantie qui s'applique est celle des équipements à tarif libre (classe B)
(10) Avant le 1er janvier 2020, la garantie qui s'applique est celle des prothèses à tarifs limités et prothèses à tarifs libres.

Article I

Objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir, pour le souscripteur et sa famille assurée, le remboursement :

- de frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maladie, un accident ou liés à la maternité, en complément des prestations versées par leur régime obligatoire ;
- des dépenses de soins non prises en charge par le régime obligatoire mais relevant des garanties prévues au contrat.

Article II

Modalités de souscription au contrat

2.1 – Conditions de souscription

Peut souscrire au contrat, toute personne ayant :

- le statut de sociétaire conformément aux statuts de la Mutuelle Saint-Christophe assurances,
- 55 ans et moins de 80 ans lors de la souscription (par différence de millésime).

Ne sont pas admissibles les personnes ayant déjà une complémentaire santé.

2.2 – Durée et renouvellement de la souscription

La souscription est effective à la date d'effet indiquée sur les Conditions particulières sous réserve de paiement de la première cotisation. Le contrat se renouvelle par tacite reconduction, à l'échéance principale, c'est-à-dire au 1^{er} janvier de chaque année.

Article III

Garanties

3.1 – Début des garanties

3.1.1 – Date d'effet

Les garanties prennent effet pour chaque Assuré, à compter de la date indiquée sur les conditions particulières et sous réserve du paiement de la cotisation ; **cette date ne peut être antérieure à la date de réception de la demande de souscription auprès de l'Assureur.**

3.2 – Changement de niveau de garantie

Les prestations varient selon les niveaux de garanties proposés, le détail figurant au tableau des prestations. Toute diminution ou augmentation d'un niveau de garantie est soumise à l'acceptation de l'Assureur. Ces demandes peuvent être acceptées au début de chaque trimestre civil, un an au moins après la souscription du contrat ; par la suite, aucune diminution ou augmentation d'un niveau de garantie ne pourra être acceptée avant 12 mois.

3.3 – Descriptif des garanties

Les remboursements des frais de soins sont toujours effectués en complément des remboursements des régimes obligatoires, dans la limite des frais réellement engagés et dans les limites et montants prévus au tableau des prestations. Ce dernier, qui fait partie intégrante des présentes Conditions générales, détaille le montant des remboursements selon le niveau de garantie souscrit ; certains remboursements sont également régis par les dispositions suivantes :

3.3.1 – Hospitalisation

Nous prenons en charge votre hospitalisation, à domicile ou dans un établissement public ou privé, pour un court séjour ou un moyen séjour.

Les consultations externes à l'hôpital ainsi que les consultations aux urgences sans admission ne sont pas prises en charge au titre de cette garantie mais au titre et aux conditions de la garantie Soins courants. Notre prise en charge comprend les frais liés à l'hospitalisation.

Frais de séjour

Nous prenons en charge au titre de cette garantie le ticket modérateur pour le prix de journée (uniquement en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer) et pour les actes peu coûteux, ainsi que la participation forfaitaire pour les actes coûteux.

Honoraires

Cette garantie couvre les honoraires des médecins, y compris chirurgiens, dans les établissements privés ou dans le cadre de l'activité libérale intra-hospitalière (article L6154-1 et suivants du Code de la santé publique) pour les hospitalisations ayant donné lieu à admission.

Pour les formules « S125 à S250 », Les remboursements diffèrent entre les médecins ayant adhéré à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) et les médecins n'ayant pas adhéré à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

Dans les établissements publics, en dehors de l'activité libérale intra-hospitalière, les honoraires des médecins sont pris en compte dans les frais de séjour.

Chambre particulière

Pour bénéficier de cette garantie, l'Assuré doit choisir un établissement conventionné ou agréé. Pour les séjours spécialisés, le remboursement est limité à 60 jours par année civile et par Assuré. Le remboursement est exclu dans les cas de cure thermique.

Forfait journalier hospitalier

Remboursement pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale. Nous prenons en charge l'intégralité du forfait journalier hospitalier.

Confort Hospitalier

Remboursement pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale.

Transport ambulance

Nous prenons en charge le transport sanitaire pour l'hospitalisation si celui-ci est prescrit et remboursable aux conditions prévues et définies par la Sécurité sociale, que vous pouvez consulter sur le site de l'Assurance maladie (Ameli.fr).

Hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) est un dispositif mis en place par certains établissements hospitaliers vous permettant de recevoir à domicile des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés, dans les conditions prévues aux articles D6124-306 à D6124-312 du Code de la santé publique.

Il s'agit d'un remboursement pour les soins nécessaires à l'Assuré concerné dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

3.3.2 – Dentaire

En 2020 puis en 2021, la réglementation « 100 % Santé » modifie la couverture de certains actes dentaires.

3 paniers d'actes sont définis par la Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie (arrêté du 20 août 2018) :

- **Le panier « 100 % Santé »** : actes intégralement pris en charge dans la limite des prix limites de vente ;
- **Le panier à tarifs limités** : actes avec des prix limites de vente définis par la réglementation et un reste à charge maîtrisé ;
- **Le panier à tarifs libres.**

En 2020, le panier « 100 % Santé » comprend par exemple des couronnes et bridges métalliques, des couronnes et bridges céramo-métalliques ou des couronnes céramiques sur les dents les plus visibles, ou encore les inlays-cores.

En 2021, ce panier est enrichi de certains équipements comme les appareils amovibles. Se référer à l'arrêté du 24 mai 2019 relatif aux soins prothétiques dentaires pour obtenir le détail des actes concernés.

Les couronnes sur implant de tous types n'appartiennent pas au panier « 100 % Santé ».

Se référer à la Convention pour la liste complète des actes concernés.

Soins Dentaires

Cette garantie couvre les consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens -dentistes), la parodontologie et les soins d'obturation Inlay, onlay.

Soins et Prothèses dentaires 100% Santé (à partir du 1er Janvier 2020)

Nous prenons en charge au titre de cette garantie les soins et les prothèses dentaires du panier « 100 % santé ». Notre remboursement combiné à celui de votre régime obligatoire couvre l'intégralité des prix limites de vente définis par la réglementation.

Prothèses (prothèses à tarifs limités et prothèses à tarifs libres)

Nous prenons en charge au titre de cette garantie les prothèses dentaires du panier à tarifs limités et du panier à tarifs libres.

Une limite annuelle par assuré est définie pour les remboursements sur les formules S150, S200 et S250. Le montant de la limite évolue en fonction de l'année d'ancienneté. Cette ancienneté est calculée à partir du 1^{er} Janvier de l'année de souscription du contrat. A partir de la troisième année, cette limite reste constante pour les années suivantes.

Un bonus de fidélité par année et par assuré est accordé à la troisième année d'ancienneté. Cette ancienneté est calculée à partir du 1^{er} Janvier de l'année de souscription du contrat. Ce bonus vient augmenter les limites de remboursements prévues pour chaque formule. En cas de changement de niveau de garanties, l'assuré conserve le bonus de fidélité acquis.

Prestations non remboursées par le régime obligatoire (prothèses, implantologie, orthodontie et parodontologie)

Nous prenons en charge ces prestations dans la limite du forfait annuel par assuré indiqué dans la formule choisie.

3.3.3 – Optique

A compter de 2020, la réglementation « 100 % Santé » définit 2 classes de montures et de verres :

- **Une classe A** plafonnée par des prix limites de vente définis par la réglementation ;
- **Une classe B** à tarifs libres.

La définition des verres et montures de chaque classe est précisée dans la Liste des Produits et Prestations

Remboursables (LPP) de la Sécurité sociale, disponible sur le site de l'Assurance maladie (Ameli.fr)

Equipements 100% santé

Cette garantie couvre les verres et les montures de classe A.

Notre remboursement combiné à celui de votre régime obligatoire couvre l'intégralité des prix limites de vente définis par la réglementation pour votre équipement de classe A.

Les verres de classe A bénéficient au minimum d'un amincissement, d'un traitement anti-reflet, d'un traitement anti-rayures et si nécessaire, d'une prestation d'appairage et/ou d'une prestation d'adaptation.

Equipements à tarifs libres

Cette garantie couvre les verres et les montures de classe B.

Equipement panaché

Cette garantie couvre les remboursements des cas de panachage entre équipement(s) de 100% Santé et équipement(s) à tarifs libres :

- Cas de 2 verres de classe A et d'une monture de classe B
- Cas de 2 verres de classe B et d'une monture de classe A
- Cas d'un verre de classe A et d'un verre de classe B et d'une monture de classe A
- Cas d'un verre de classe A et d'un verre de classe B et d'une monture de classe B

Les équipements 100% santé sont remboursés à hauteur des frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation. Le remboursement des équipements à tarifs libres est diminué de celui accordé pour les équipements 100% santé.

Limitations au remboursement des lunettes

Votre remboursement peut être différencié en fonction de la correction des verres. Nous pouvons distinguer les verres simples, les verres complexes et les verres très complexes. Le remboursement de la monture ne peut pas excéder 100 € pour toutes les formules.

La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les deux ans, le point de départ pour le renouvellement étant la date du premier équipement. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. Dans ce dernier cas, le remboursement sera effectué sur présentation de l'ancienne et de la nouvelle prescription médicale attestant du changement de correction.

Les lentilles de contact

Les lentilles de contact sont remboursées dès lors qu'elles relèvent d'une prescription médicale même si votre régime obligatoire ne les prend pas en charge.

Opération de la myopie, de l'hypermétropie et de la presbytie par laser (chirurgie réfractive)

Nous remboursons les frais qui s'y rapportent, même si votre régime obligatoire ne les prend pas en charge.

Le forfait en euro peut être utilisé aussi bien pour l'intervention en bloc opératoire que pour les consultations afférentes si elles ne sont pas prises en charge au titre de la garantie Soins courants.

La pose d'un implant oculaire et les actes qui l'accompagnent ne sont pas pris en charge au titre de cette garantie.

3.3.4 – Soins courants

Honoraires médicaux

Nous prenons en charge vos frais de consultations, de visites et les actes que le médecin aura pratiqués (actes cliniques et techniques, actes de spécialité : radiographie).

Pour les formules « S125 à S250 », les remboursements diffèrent entre les médecins ayant adhéré à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) et les médecins n'ayant pas adhéré à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

Imagerie médicale

Nous prenons en charge l'imagerie médicale, échographie et doppler pratiqués par le médecin.

Pour les formules « S125 à S250 », les remboursements diffèrent entre les médecins ayant adhéré à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) et les médecins n'ayant pas adhéré à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

Honoraires paramédicaux

Nous prenons en charge les visites et les actes des auxiliaires médicaux suivants : infirmiers et infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes.

Analyses et examens de laboratoire

Nous prenons en charge les frais qui se rapportent à vos examens médicaux dans les laboratoires d'analyses médicales.

Médicaments

Nous prenons en charge :

- les médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche), les médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue) et certaines préparations magistrales,
- les médicaments à service médical faible (ex-vignette orange).

Nous remboursons uniquement les médicaments prescrits.

Matériel médical

Nous prenons en charge au titre de cette garantie les produits figurant sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPP) de la Sécurité sociale, à l'exception des lunettes et des prothèses auditives. Cette liste est consultable sur le site de l'Assurance maladie (Ameli.fr).

3.3.5 – Aides auditives

A compter de 2021, la réglementation « 100 % Santé » définit 2 classes d'appareils auditifs (arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives) :

- **Une classe I « 100 % Santé »** comprenant les aides auditives intégralement prises en charge dans la limite des prix limites de vente,
- **Une classe II à tarifs libres.**

Les aides auditives de classe II intègrent des options plus avancées que les aides auditives de classe I.

Dans tous les cas la prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans, conformément à la réglementation. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment, et court à compter de la date de facturation de l'appareil auditif.

La réglementation impose au fabricant une garantie minimale de 4 ans. Si vous souhaitez être couvert pour les cas de casse ou perte dans cette période de 4 ans, il convient de souscrire une assurance spécifique

- **Pour les remboursements jusqu'au 31 décembre 2020**

Aides auditives de classe I ou II

Nous prenons en charge les frais d'appareils auditifs. Seuls les produits figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables sont remboursés par votre régime obligatoire et sont donc pris en charge par notre garantie. Cette liste est consultable sur le site Internet de l'Assurance Maladie.

Réparations et piles pour appareil auditif

Cette garantie couvre la réparation, le matériel d'entretien et piles pour appareils auditifs. Les accessoires visés sont listés dans la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPP) de la Sécurité sociale disponible sur le site de l'Assurance maladie (Ameli.fr), aux sections 4 à 7 du chapitre portant sur les aides auditives.

- **Pour les remboursements à partir du 1er janvier 2021**

Equipements 100% Santé

Nous prenons en charge au titre de cette garantie les aides auditives de classe I « 100 % santé », ainsi que la prestation initiale et les prestations de suivi telles que définies dans l'arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives.

Aides auditives de classe II

Nous prenons en charge au titre de cette garantie les aides auditives de classe II, ainsi que la prestation initiale et les prestations de suivi telles que définies dans l'arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives.

Réparations et piles pour appareil auditif

Cette garantie couvre la réparation, le matériel d'entretien et les piles pour appareils auditifs. Les accessoires visés sont listés dans la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPP) de la Sécurité sociale disponible sur le site de l'Assurance maladie (Ameli.fr), aux sections 4 à 7 du chapitre portant sur les aides auditives.

3.3.6 – Prévention et Bien-être

Médecines naturelles, non remboursées par le régime obligatoire

Nous prenons en charge les prestations des ostéopathes, des chiropracteurs, des pédicures-podologues, des acupuncteurs et des homéopathes :

- les ostéopathes, chiropracteurs, et les pédicure-podologues doivent figurer aux répertoires nationaux RPPS ou ADELI,
- les acupuncteurs et les homéopathes doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Prévention

Nous prenons en charge, si prescrits par un médecin :

- la pharmacie non remboursée,
- les vaccins non remboursés,
- la pilule contraceptive,
- le sevrage tabagique.

Cure Thermale

Nous prenons en charge :

- le forfait thermal,
- le forfait de surveillance thermale.

La cure thermale doit être prescrite par un médecin. Nous prenons en charge les frais de séjour et de transport à hauteur du forfait en euro relatif à votre formule, même si votre régime obligatoire ne les prend pas en charge. Vous devez alors nous adresser les justificatifs relatifs à ces frais (originaux des factures et des titres de transport). Les soins de la cure thermale à laquelle se rapportent ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement de votre régime obligatoire.

3.3.7 – Services +

Soins inopinés à l'étranger

Nous prenons en charge les soins inopinés à l'étranger lorsque qu'ils sont eux-mêmes pris en charge par la Sécurité sociale française.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale française. Attention, en dehors de l'Union européenne, le remboursement que nous vous versons et celui versé par la Sécurité sociale peuvent être très inférieurs aux coûts réellement engagés, y compris en cas d'urgence. Aussi nous vous recommandons, dès que vous quittez l'Union européenne, et même pour un court séjour, de vérifier les garanties santé de vos assurances voyages et de prendre une assurance santé spécifique si celles-ci ne sont pas suffisantes pour la destination considérée.

Documents à fournir, change applicable

Pour obtenir vos remboursements sur des soins à l'étranger, vous devez nous adresser le plus tôt possible les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré même si vous bénéficiez de la télétransmission. Le règlement des prestations est toujours effectué en France et en euro. Le taux de change applicable est le taux de change de la devise concernée au jour de la date de soin pour les autres pays.

Hospitalisation

Les hospitalisations inopinées à l'étranger, y compris en ambulatoire, sont prises en charge au taux du contrat (selon la formule choisie) sur la base de remboursement fournie par la sécurité sociale. Cela peut couvrir totalement ou partiellement les frais de séjour, les honoraires paramédicaux et médicaux, la pharmacie hospitalière, le petit matériel, la chambre particulière, le lit d'accompagnement, le transport d'urgence pour aller à l'hôpital.

Nous ne prenons pas en charge les transports sanitaires à l'étranger en dehors du transport d'urgence à l'hôpital.

Dentaire

Nous prenons en charge :

- les consultations, soins courants (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie au taux du contrat sur la base de remboursement fournie par la Sécurité sociale française,
- les prothèses dentaires, inlays-onlays d'obturation et la parodontologie aux conditions du contrat sur la base de remboursement fournie par la Sécurité sociale française.

Optique

Les limitations liées aux durées de renouvellement des lunettes mentionnées dans la rubrique Optique de l'Article III sont également appliquées pour les lunettes achetées à l'étranger. Le remboursement est fait au taux du contrat (selon la formule choisie) sur la base de remboursement fournie par la Sécurité sociale française.

Soins courants

Nous prenons en charge les honoraires médicaux, les analyses et examens de laboratoire, les honoraires paramédicaux, les médicaments et le matériel médical au taux du contrat (selon la formule choisie) sur la base de remboursement fournie par la Sécurité sociale française.

Aides auditives

Les limitations liées aux durées de renouvellement des aides auditives mentionnées dans la rubrique « Aides auditives » du chapitre III sont également appliquées pour les aides auditives achetées à l'étranger.

Nous prenons en charge :

- Les aides auditives conformes à la réglementation française, au taux du contrat (selon la formule choisie) sur la base de remboursement fournie par la Sécurité sociale française.
- La réparation, le matériel d'entretien et piles pour appareils auditifs au taux du contrat (selon la formule choisie) sur la base de remboursement fournie par la Sécurité sociale française.

Prévention et Bien-être

Les garanties de Prévention et Bien-être ne sont pas couvertes dans le cadre des soins inopinés à l'étranger.

Garanties d'assistance

Les garanties d'assistance sont détaillées à l'article XXI.

Exonération (ou remboursement) de la cotisation (réservée aux Assurés non bénéficiaires de la « Loi Madelin »)

L'exonération ou le remboursement de la cotisation familiale de l'année civile en cours a lieu en cas d'hospitalisation de l'Assuré ou de son conjoint inscrit, pour une durée égale ou supérieure à 9 nuits consécutives (c'est la date d'entrée de l'hospitalisation qui est retenue pour l'année civile). Cette hospitalisation doit être la conséquence directe d'un accident et débiter dans un délai de 90 jours à dater dudit événement.

Téléconsultation médicale

La « Téléconsultation » est une garantie de consultation médicale à distance dont la mise en œuvre est confiée à AXA Assistance (6 rue André Gide - 92320 Châtillon - 311 338 339 RCS Nanterre).

Cette activité d'AXA Assistance est officiellement enregistrée, conformément au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, et s'exerce sur la base d'un contrat conclu avec l'Agence régionale de Santé (ARS) compétente. Le non-renouvellement par l'ARS de ce contrat constituerait un cas de force majeure entraînant la cessation de la garantie Téléconsultation sans préavis et sans que l'ensemble des autres dispositions de votre contrat soient modifiées.

Le service de Téléconsultation médicale n'est pas un service d'urgence. Avant de partir à l'étranger, vous êtes invités à noter et conserver sur vous le numéro d'urgence du pays où vous vous rendez.

Définitions

- Équipe Médicale ou Équipe de Médecins : Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'État (IDE) salariés d'AXA Assistance,
- Médecin : Médecin généraliste,
- Téléconsultation : consultation médicale par téléphone et de manière complémentaire par vidéoconférence

Objet

La Téléconsultation est accessible par le biais de la plateforme téléphonique d'AXA composée d'Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'État (IDE) et de Médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins. Les IDE et les Médecins sont soumis au secret médical.

Mise en œuvre de la garantie

AXA Assistance répond 24h/24, 7j/7, aux appels téléphoniques qu'elle réceptionne au 01 70 95 94 73 (appel non surtaxé).

La téléconsultation telle que décrite ci-après fonctionne à l'identique pour vous et chacun de vos bénéficiaires. Il est cependant précisé que lorsqu'il s'agit d'une téléconsultation pour un enfant mineur ou pour un majeur sous tutelle bénéficiaire du contrat, l'appel doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

Les réponses apportées, fonction de votre besoin ou de celui de votre bénéficiaire, peuvent être de 3 types :

- Téléconsultation,
- Information générale de santé, ou,
- Orientation.

1° Téléconsultation

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant et en dehors de toute urgence, vous pouvez contacter les services d'AXA Assistance, afin de bénéficier d'une Téléconsultation.

L'équipe de Médecins est joignable 24h/24 et 7j/7 pour vous délivrer une Téléconsultation dans le respect des dispositions légales concernant le secret médical.

Un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE) réceptionnera votre appel. Après vous avoir informé(e) des modalités de fourniture de la Téléconsultation et avoir recueilli votre consentement, l'IDE enregistrera votre demande et vous mettra en relation avec un Médecin d'AXA Assistance qui procédera à la Téléconsultation.

L'IDE ou le Médecin pourront vous proposer de poursuivre la Téléconsultation par vidéoconférence si vous le souhaitez. Les images de la vidéoconférence ne seront pas utilisées à des fins de diagnostic. Vous aurez la possibilité d'adresser au Médecin durant la Téléconsultation des documents (photos, analyses biologiques) qui pourront compléter les informations que vous aurez communiquées oralement. Le Médecin pourra éventuellement utiliser ces documents pour appuyer son diagnostic.

À l'issue de la Téléconsultation, le Médecin d'AXA Assistance vous apportera une réponse médicale adaptée à votre situation pathologique. Cette réponse pourra prendre la forme suivante :

- Conseil ou orientation vers votre médecin traitant,
- Orientation vers un des seuls spécialistes suivants, dans le respect du parcours de soins : gynécologue, ophtalmologue, stomatologue, psychiatre ou neuropsychiatre pour un assuré âgé de 16 à 25 ans,
- Prescription écrite médicamenteuse ou d'examens complémentaires si vous êtes situé(e) dans un pays de l'Union Européenne.

Le Médecin d'AXA Assistance est seul décisionnaire de la suite à donner à l'issue de la Téléconsultation.

Dans le cas où l'Équipe Médicale d'AXA Assistance identifierait une urgence médicale, vous serez réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

Suite à la Téléconsultation et avec son autorisation, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à votre médecin traitant, si le Médecin d'AXA Assistance estime qu'il y a un intérêt médical à cette transmission.

Attention : dans certains cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic. Le cas échéant, le médecin d'AXA Assistance vous réorientera vers votre médecin traitant.

2° Information

À votre demande ou celle de vos bénéficiaires, l'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut communiquer des informations, 7 j/7 et 24 h/24. Elle donne tout renseignement d'ordre général. L'intervention de l'Équipe Médicale d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives. L'objet de la Téléconsultation n'est en aucun cas de favoriser une automédication.

3° Orientation

À votre demande ou celle de vos bénéficiaires l'Équipe Médicale d'AXA Assistance peut vous aider à exercer votre libre choix en vous conseillant une sélection de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé, dans le respect du parcours de soins.

Responsabilité

• Responsabilité d'AXA Assistance

Les obligations souscrites par AXA Assistance pour la mise en œuvre de la téléconsultation aux termes des présentes sont constitutives d'obligations de moyens.

Dans ce cadre, AXA Assistance ne saurait notamment être tenu pour responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques,
- de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne leur auraient pas été signalées lors de la Téléconsultation,
- d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

- **Responsabilité du Bénéficiaire**

Le Bénéficiaire est responsable de l'exactitude et de l'actualisation des renseignements demandés lors de la Téléconsultation pour permettre à AXA Assistance d'assurer dans de bonnes conditions ses engagements.

Informatiques et Libertés

Conformément à l'article 32 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, AXA Assistance vous informe en sa qualité de responsable de traitement que :

- Les réponses aux questions qui vous sont posées lors de votre appel par son Équipe Médicale, après obtention de votre accord pour la collecte de vos données de santé, sont nécessaires au traitement de votre dossier,
- La finalité du traitement est la Téléconsultation,
- Les destinataires des données vous concernant sont les Médecins et IDE d'AXA Assistance, les pharmacies, et avec votre accord le médecin traitant et l'hébergeur de données de santé agréé.

Vous disposez, conformément à la réglementation en vigueur d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression aux informations vous concernant.

Vous pouvez vous adresser par courrier à : AXA Assistance France - Service Juridique - 6 rue André Gide - 92320 Châtillon.

Réclamation et Différends

- **Traitement des réclamations**

AXA Assistance veille à vous offrir un service de qualité. Si, après avoir contacté AXA Assistance par téléphone, une incompréhension subsiste, vous pouvez écrire à la Direction Médicale d'AXA Assistance sous pli confidentiel au 6 rue André Gide - 92320 Châtillon. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin : une réponse vous sera alors adressée dans les meilleurs délais.

- **Différends**

Tous les litiges auxquels la présente annexe pourrait donner lieu, concernant tant sa validité, son interprétation, son exécution, ses conséquences et leurs suites seront soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun.

Exclusions

Sont exclus de la Téléconsultation :

- les Téléconsultations lorsque l'Équipe Médicale d'AXA Assistance identifie une urgence médicale,
- les demandes de Téléconsultations avec un médecin autre qu'un Médecin généraliste,
- les prescriptions pour un renouvellement de traitement dans le cas de pathologies chroniques,
- les prescriptions d'arrêt de travail,
- les certificats médicaux.

- **Aide aux obsèques** (si prévue dans la garantie souscrite et réservée aux Assurés non bénéficiaires de la « loi Madelin ») :

En cas de décès d'un Assuré, nous remboursons les frais d'obsèques à la personne justifiant les avoir payés, **dans la limite du montant prévu au tableau des prestations**, sur présentation de la copie d'une pièce d'identité, de la facture acquittée des frais d'obsèques et de l'acte de décès (ou copie du livret de famille) de l'Assuré. Une convention de tiers-payant sur les frais d'obsèques a été signée avec la Fédération Nationale des Pompes Funèbres. Un bon de prise en charge peut être délivré sur demande écrite du (ou des) héritiers(s) **dans la limite du montant prévu au tableau des prestations** (se renseigner).

3.3.8 – Renforts

Options "Renforts" (renforts accessibles pour tous les niveaux de garanties sauf le niveau « \$100 »)

La souscription de ces différents renforts peut se faire lors de la souscription ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Article 3.2).

Elle permet d'améliorer le niveau de remboursement de certaines prestations prévues dans le niveau de garantie souscrit et définies en annexe du tableau des prestations.

- Optique/Dentaire (Code OD)
- Hospitalisation (Code H) : **souscription limitée à 80 ans**
- Appareillage/Aide à la santé (Code AP)

Ces renforts « Optique/Dentaire », « Hospitalisation » et « Appareillage/Aide à la santé » peuvent se cumuler entre eux.

Un assuré peut prétendre bénéficier d'un ou plusieurs de ces renforts seulement si la mention R (renfort) et le ou les code(s) de ces différents renforts figurent sur les Conditions particulières.

3.4 – Exclusions et limitations

3.4.1 – Exclusions générales

Sont exclus de tout remboursement :

- les actes non reconnus par les régimes obligatoires, les actes non prévus au tableau des prestations, la chirurgie et les soins esthétiques non remboursés par les régimes obligatoires,
- les soins antérieurs à la date d'effet du contrat,
- les séjours en établissement de santé commencés avant la date d'effet du contrat,
- les frais pour lesquels vous n'avez pas fourni les justificatifs demandés (si le seul décompte de votre régime obligatoire ne suffit pas, vous devrez nous fournir des justificatifs complémentaires : facture, prescription, note d'honoraires),
- les frais d'hospitalisation en long séjour, c'est-à-dire les soins comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien,
- les faits de guerre civile ou étrangère, émeutes et mouvements populaires, ainsi que les effets directs ou indirects provenant de la radioactivité ou de la transmutation du noyau d'atome, conformément au Code des assurances,
- la participation forfaitaire,
- les franchises médicales.

3.4.2 – Exclusions spécifiques

Sont par ailleurs exclus :

- en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés et/ou refus par l'Assuré d'autoriser l'accès à son dossier médical personnel (DMP) au professionnel de santé, les montants non remboursables visés aux Articles 20 et 57 de la Loi du 13 Août 2004 et de ses décrets, soit :
 - la majoration de participation,
 - les dépassements d'honoraires autorisés,
- la garantie « exonération de la cotisation » pour les Assurés bénéficiaires de la « Loi Madelin ».

3.4.3 – Limitations

Notre prise en charge de la chirurgie esthétique remboursée par les régimes obligatoires est limitée au ticket modérateur sauf si elle est consécutive à un accident ou aux conséquences d'une pathologie documentée. Dans ces cas, les taux du tableau s'appliquent. Cette limitation s'applique en hospitalisation ou en cabinet.

3.5 – Territorialité

Les garanties s'exercent en FRANCE et dans les autres pays lorsque le régime obligatoire français prend en charge les frais médicaux. Le règlement des prestations est effectué en FRANCE et dans la monnaie légale en vigueur en FRANCE. Si cela est nécessaire, l'ensemble des documents justificatifs devront être traduits et les montants convertis dans la monnaie légale en vigueur en FRANCE.



Article IV

Services

4.1 – Télétransmission et tiers-payant

Condition à respecter pour les deux services ci-dessous : adresser à l'Assureur la copie de l'attestation Vitale de chacun des membres de la famille.

4.1.1 – Télétransmission avec les C.P.A.M, la RAM et la MSA

Les décomptes de remboursement des Assurés bénéficiaires de ces régimes obligatoires peuvent être transmis, sous forme d'images informatiques, à l'Assureur directement par les caisses d'assurance maladie, évitant ainsi l'envoi des décomptes par l'Assuré à l'Assureur. Dans ce cas, la mention du type « ...transmis par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire... » doit figurer sur votre décompte. L'Assuré peut, à tout moment, sur demande écrite à l'Assureur, mettre fin à ces transmissions.

4.1.2 – Tiers-payant santé

Il permet à l'Assuré de ne pas faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Il fonctionne sur simple présentation de l'Attestation de Tiers Payant Santé (ATPS) et il permet de bénéficier, dans le cadre d'un contrat responsable, d'une prise en charge immédiate équivalente, au minimum, au ticket modérateur. Pour en bénéficier, les dépenses de santé doivent être concernées par le tiers payant, le professionnel de santé doit accepter également le tiers payant avec le régime obligatoire et la garantie doit au moins prévoir le ticket modérateur (hors pharmacie si mention particulière sur l'ATPS).

4.2 – Prise en charge

L'Assuré peut bénéficier d'une prise en charge directe par l'Assureur, sur sa demande ou sur celle du professionnel concerné dans les limites prévues au tableau des prestations, pour l'ensemble des postes suivants :

- **Hospitalisation** : frais de séjour dans la limite de 100 % de la base de remboursement, Forfait Journalier Hospitalier et chambre particulière (la prise en charge Hospitalisation ne peut être effectuée que pour les séjours médicaux ou chirurgicaux en hôpital public ou clinique conventionnée).
- **Dentaire** : prothèses, implants et orthodontie,
- **Optique** : verres, montures, lentilles* et chirurgie réfractive prescrites médicalement,
- **Appareillage** : frais d'orthopédie, appareillage et prothèse autre que dentaire.

* lentilles acceptées ou non par le régime obligatoire.



Article V

Modalités d'obtention des remboursements

Si l'Assuré bénéficie de la télétransmission (Voir Article 4.1.1), ses remboursements s'effectueront automatiquement à l'exception des séjours hospitaliers.

A défaut de télétransmission, ainsi que dans le cas d'une hospitalisation, il devra adresser à MSC gestion Santé Service Prestations - 950 Route des Colles – Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX :

- **dans les 3 mois qui suivent l'indemnisation par le régime obligatoire :**
 - les originaux des décomptes délivrés par le régime obligatoire,
 - les notes d'honoraires, factures acquittées et détaillées.

- **dans les 3 mois qui suivent l'évènement :**
 - pour les soins non remboursés par le régime obligatoire : les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré,
 - les justificatifs acquittés des dépenses concernant la rubrique **Confort Hospitalier** et **Chambre Particulière**,
 - en cas **de parodontie ou de prothèses dentaires** non prises en charge par le régime obligatoire :
 - la facture acquittée et détaillée,
 - pour le remboursement **d'implants dentaires** :
 - la facture acquittée au nom de l'assuré. Elle doit indiquer le numéro des dents soignées,
 - pour les actes de « **Prévention et Bien-être** » et/ou « **Services +** » dont les remboursements sont en Euros : la facture acquittée et détaillée,
 - pour le remboursement **des lentilles de contact** :
 - l'ordonnance de l'ophtalmologiste prescripteur,
 - la facture acquittée au nom de l'assuré.
 - dans les cas particuliers autorisant plus **d'un remboursement de lunettes** tous les deux ans :
 - les factures et ordonnances permettant de vérifier la conformité de la demande aux cas autorisés,
 - pour obtenir **l'exonération (ou remboursement) de la cotisation** suite à un accident ayant entraîné une hospitalisation d'une durée égale ou supérieure à 9 nuits consécutives :
 - une demande d'exonération sur papier libre,
 - le bulletin de situation de l'établissement hospitalier avec date d'entrée et de sortie,
 - un certificat médical de constatation d'accident précisant : la date de l'accident ayant entraîné l'hospitalisation, l'historique et la cause initiale de cet accident, ainsi que la mention « causé par un tiers » si tel est le cas.

L'ensemble de ces pièces devra être adressé au centre de gestion : MSC gestion Santé - Service Prestations - 950 Route des Colles – Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX



Article VI

Cotisations

6.1 – Montant des cotisations

Le montant de la cotisation est mentionné sur les Conditions particulières. Il est déterminé en fonction :

- du niveau de garantie choisi,
- du (des) renfort (s) choisi(s),
- de l'âge des Assurés à la prise d'effet des garanties,
- du lieu du domicile du souscripteur,
- de la composition familiale.

6.2 – Evolution des cotisations

Les cotisations évoluent :

- **A chaque échéance principale** (au 1^{er} Janvier de chaque année) :
 - en fonction de l'âge des assurés, calculé par différence entre l'année civile en cours et l'année de naissance. Toutefois, jusqu'à l'âge de 20 ans, la cotisation n'évolue pas,
 - suite à un accroissement des indices d'augmentation de la consommation médicale publiés par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés pour tenir compte de l'évolution des charges et dépenses de santé,
 - suite à une évolution des résultats techniques constatée sur une catégorie de garantie ou sur un groupe d'assurés. Cette évolution peut notamment résulter d'une progression des remboursements supérieure, sur la même période, aux indices cités ci-dessus.
- **Au 1^{er} janvier de chaque année ou éventuellement en cours d'année** : suite à une modification fiscale, législative ou réglementaire qui viendrait à affecter ou modifier les remboursements des assurances sociales et des régimes obligatoires.

6.3 – Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance au centre de gestion : MSC gestion Santé - Service Prestations - 950 Route des Colles – Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX avec une faculté de règlement fractionné : mensuel (dans ce cas, le prélèvement automatique est obligatoire), trimestriel ou semestriel.

6.4 – Conséquences du défaut de paiement

En cas de paiement tardif et/ou partiel des cotisations, les versements sont imputés à l'échéance impayée la plus ancienne. Les impôts et taxes restent à la charge du souscripteur. Si la cotisation ou une partie de celle-ci n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur peut (indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice) :

- adresser au dernier domicile connu du souscripteur une lettre recommandée valant mise en demeure,
- suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre,
- résilier le contrat 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours (Article L. 113-3 du Code des assurances).

La suspension ou la résiliation de la garantie pour non-paiement de la cotisation ne dispense pas le souscripteur de l'obligation de payer l'intégralité de la cotisation prévue au contrat pour toute la période de garantie en cours. En particulier, en cas de non-paiement d'une fraction de la cotisation annuelle, c'est la totalité de cette dernière qui est due à l'Assureur. Les frais de procédure et de recouvrement sont à la charge du souscripteur.

Article VII

Dispositions diverses

7.1 – BNC & BIC

Les cotisations versées au titre des garanties citées dans les présentes Conditions générales par les Travailleurs Non Salariés non Agricoles, bénéficient des dispositions fiscales de la Loi N° 94-0126 du 11/02/94 et de son décret d'application N° 94-775 du 5/09/94 (Loi Madelin), à condition que :

- le contrat soit "Responsable",
- les revenus soient déclarés au titre des BNC ou BIC,
- les limites de déductibilité fiscale soient respectées (Article 154bis du Code Général des Impôts).

Article VIII

Modifications législatives et réglementaires

Lorsque la loi ou la réglementation modifie les conditions contractuelles ou la portée de nos engagements, nous sommes susceptibles de modifier les modalités de votre contrat pour l'adapter à la nouvelle situation. Cette adaptation peut être réalisée en cours de contrat dès l'application de cette nouvelle réglementation si celle-ci le prévoit ou au plus tard à la prochaine échéance principale.

Article IX

Vos déclarations

A la souscription

Vous devez répondre exactement aux questions que nous vous posons.

En cours de contrat

Vous devez nous déclarer toutes circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites lors de la souscription.

Omissions et déclarations inexactes

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle permet d'opposer la nullité du contrat (article L. 113-8 du Code des assurances).

Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle constatée :

- Avant sinistre : nous donne droit de maintenir le contrat moyennant une augmentation de cotisation si celle-ci est acceptée par vous. Si vous ne l'acceptez pas, votre contrat prend fin 10 jours après que nous vous ayons adressé la notification.

- Après sinistre : entraîne une réduction proportionnelle d'indemnisation (article L.113-9 du Code des assurances).



Article X

Résiliation

10.1 – Cas de résiliation

Résiliation à la demande du Souscripteur

Vous pouvez résilier son contrat dans les cas suivants :

- **A l'échéance annuelle** en respectant un préavis de deux mois précédant la fin de la première année d'assurance et pour les années suivantes avec un préavis de deux mois précédant l'échéance principale (1^{er} janvier).
- **A tout moment à l'expiration d'un délai d'un an** à compter de la souscription du contrat.
 - Justificatif : pas de justificatif,
 - Prise d'effet : un mois après que nous en aurons reçu notification, soit par votre nouvel assureur, soit par vous-même. A réception de la notification, une confirmation écrite vous sera adressée. Si votre résiliation a pour motif la souscription d'un contrat auprès d'un nouvel assureur et que celui-ci effectue les formalités de résiliation pour votre compte, les garanties de votre contrat seront maintenues, sous réserve du paiement des cotisations, jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat d'assurance.
- En cas de désaccord concernant **une augmentation de la cotisation** sauf si celle-ci est la conséquence d'une modification législative ou réglementaire.
 - Justificatif : pas de justificatif,
 - Prise d'effet : à la date d'échéance principale du contrat, si la lettre a été reçue avant cette échéance, au lendemain de la date figurant sur le support de votre demande de résiliation ou de la date figurant sur le cachet de la poste en cas de courrier recommandé.
- **Lors d'un changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou cessation professionnelle, si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.** La résiliation doit être demandée à l'Assureur dans les 3 mois suivant l'événement et prend effet un mois après sa notification à l'Assureur.
- **Suite à un changement de régime obligatoire** (Régime général, Sécurité sociale des indépendants, Régime local d'Alsace Moselle) ayant un impact sur votre tarif. Un changement de délégataire du Régime général n'est pas un changement de régime obligatoire. Un changement de caisse du régime obligatoire n'est pas un changement de régime obligatoire.
 - Justificatif : attestation du nouveau régime obligatoire,
 - Prise d'effet : un mois après la réception de votre demande.
- **Si vous devenez bénéficiaire de la CMU-C** (Couverture Maladie Universelle Complémentaire). Ce motif n'est pas utilisable si vous étiez déjà bénéficiaire à la souscription.
 - Justificatif : attestation CMU-C,
 - Prise d'effet : à la date de prise d'effet de couverture par la CMU-C (sauf en cas de sinistre présenté après cette date).
- **Si vous devenez bénéficiaire de l'ACS** (Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé). Ce motif n'est pas utilisable si vous étiez déjà bénéficiaire de l'ACS à la souscription.
 - Justificatif : attestation de souscription d'un contrat habilité à recevoir l'aide,

- Prise d'effet : le premier jour du deuxième mois suivant la présentation par l'assuré d'une attestation de souscription d'un contrat habilité à recevoir de l'aide.
- **Si vous déménagez à l'étranger** et que vous n'êtes plus résident fiscal français ou vous n'êtes plus couvert par un régime obligatoire français d'assurance maladie.
 - Justificatif : attestation sur l'honneur de déménagement à l'étranger,
 - Prise d'effet : un mois après la réception de votre demande ou de votre justificatif.
- L'Assureur accepte votre résiliation **si vous adhérez à un contrat collectif obligatoire** souscrit par votre employeur.
 - Justificatif : attestation de l'employeur de l'adhésion à un contrat collectif,
 - Prise d'effet : un mois après la réception de votre demande de résiliation.

Résiliation de plein droit

- **En cas de décès du souscripteur**, le contrat sera résilié de plein droit : s'il y a d'autres Assurés, le contrat est maintenu jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle il sera adapté,
- **Si l'assureur se voit retirer son agrément d'assureur**, le souscripteur dispose de son droit de résiliation

L'assureur peut résilier le contrat :

- **en cas de fausse déclaration**, omission ou inexactitude de la part du souscripteur, intentionnelle ou non intentionnelle entraînant la nullité du contrat,
- **en cas de non-paiement des cotisations**, conformément à l'article 6.4 des présentes Conditions générales,
- **si l'assuré ne remplit plus les conditions d'admission à la souscription.**

10.2 – Modalités de résiliation

Vous pouvez résilier votre contrat :

- Soit par lettre simple ou tout autre support durable y compris par courrier électronique ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- Soit par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique. A réception de la notification, une confirmation écrite vous sera adressée.

Votre demande de résiliation peut nous être envoyée à l'adresse suivante :

MSC Résiliation Santé
950 Route des Colles – Les Templiers
06 410 BIOT

contact.mscsante@gieps.fr

A réception de la notification, une confirmation écrite vous sera adressée.

10.3 – Remboursement

Lorsque la résiliation intervient entre deux échéances annuelles, vous n'êtes redevable que de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. De ce fait nous vous remboursons la part de cotisation payée pendant la période pendant laquelle le risque n'est plus couvert dans un délai de 30 jours à compter de la date de résiliation.



Article XI

Modification du contrat à la demande du souscripteur

Le souscripteur peut demander le retrait d'un assuré, à l'échéance principale du contrat et à tout moment en cas de décès ou d'adhésion de l'assuré à un contrat collectif obligatoire de son employeur. En cas de décès, le retrait sera effectif à la date du décès. En cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire, le retrait sera effectif à la date de la demande.

Tant que l'Assureur commercialise à de nouveaux clients des contrats du même type que le contrat souscrit, le souscripteur peut demander à tout moment l'ajout d'un assuré. L'ajout se fera au tarif en vigueur.



Article XII

Renonciation

En cas de souscription par voie de démarchage : les dispositions suivantes issues de l'Article L. 112-9-I du Code des assurances s'appliquent :

« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Le souscripteur peut donc renoncer à sa souscription dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat : à condition de ne pas avoir eu connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation ».

En cas de souscription à distance : selon l'Article L. 112-2-1 du Code des assurances, le souscripteur peut renoncer à sa souscription dans un délai de 14 jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir à compter du jour où il reçoit ses Conditions particulières conformément à l'Article L. 121-20-11 du Code de la consommation si cette date est postérieure à la date de réception des Conditions particulières.

Le souscripteur qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation, devra s'acquitter de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande.

Ce droit de renonciation ne s'applique pas, notamment aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

Dans tous les cas, l'exercice de ce droit à renonciation entraîne la résiliation du contrat, mettant fin à l'ensemble des garanties, à compter de la date de réception de la lettre de renonciation.

Cette faculté de renonciation peut être exercée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au plus tard dans le délai de 14 jours indiqué ci-dessus et adressée à : MSC gestion Santé - Service Prestations - 950 Route des Colles – Les Templiers - CS 50335 - 06906 BIOT-SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX :

Elle peut être rédigée selon le modèle de lettre inclus ci-dessous :

« Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à ma souscription Lumina Santé Senior n° _____ conclue auprès de _____ en date du _____ et pour laquelle j'ai versé _____ €.

Cette renonciation entraîne le remboursement des sommes versées, sous réserve des prestations éventuellement réglées au cours de la période, dans les 30 jours à compter de la réception de la présente lettre recommandée.

Fait à _____, le _____

Signature du souscripteur »



Article XIII

Démarchage téléphonique

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Pour plus d'informations, consultez le site www.bloctel.gouv.fr



Article XIV

Dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

En notre qualité d'organisme financier, nous sommes soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du code monétaire et financier (articles L.561-1 et suivants). Afin de nous permettre de respecter ces obligations, vous vous engagez à nous remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui vous sont relatifs ainsi que ceux concernant les assurés. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra

être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'assuré. Vous vous engagez par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par vos soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme. En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, nous réaliserons une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.



Article XV

Mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Le présent contrat sera sans effet et l'assureur ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties à ce titre dès lors que l'exécution du contrat exposerait ce dernier (l'assureur) aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les États-Unis d'Amérique.



Article XVI

Expertises – Justificatifs

L'Assureur pourra éventuellement faire effectuer à sa demande et à l'attention de son Médecin Conseil toutes les vérifications ou expertises qu'il jugera nécessaires ainsi que se faire communiquer les documents, pièces, comptes rendus, médicaux ou non, nécessaires au traitement du dossier.

Toute contestation d'ordre médical survenant entre votre médecin et le nôtre sera soumise à l'arbitrage d'un médecin-expert désigné d'un commun accord par les deux premiers.

Si un accord n'intervient pas, un deuxième médecin-expert sera nommé par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile.

Les honoraires et frais des médecins-experts seront partagés par moitié entre vous et nous.



Article XVII

Subrogation

En cas d'accident causé par un tiers, la déclaration doit en être faite à l'Assureur. Après remboursement des frais de santé dans les conditions prévues au tableau des prestations, l'Assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées à l'Assuré, conformément à l'Article L. 121-12 du Code des assurances.



Article XVIII

Prescription

Conformément à l'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 fautive 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 ».

Conformément à l'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 ».

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L. 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil),
- la demande en justice, même en référé, qui 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 2241 du Code civil),
- l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 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 2243 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 2244 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 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'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 ».



Article XIX

Informations sur l'utilisation de vos données personnelles

Dans le cadre de votre relation avec la Mutuelle Saint-Christophe assurances pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser dans le cadre de contentieux pour la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, afin de se conformer à une réglementation applicable, ou pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein de la Mutuelle Saint-Christophe assurances éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement, évaluer votre situation ou la prédire (scores et d'appétence) et personnaliser votre parcours sociétaire (offres et publicités ciblées). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées à la Mutuelle Saint-Christophe assurances, intermédiaires d'assurances, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en dehors de l'union européenne le transfert est limité aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes de la Mutuelle Saint-Christophe assurances. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du code des assurances).

Nous sommes également tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez exercer ces droits par courrier adressé au Délégué à la protection des données de la Mutuelle Saint-Christophe assurances, 277 rue Saint-Jacques 75256 PARIS cedex 05, ou par mail à service.dpo@msc-assurance.fr. En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations consultez <http://saint-christophe-assurances.fr/donnees-personnelles>



Article XX

Réclamations

Si, après avoir contacté votre interlocuteur habituel, une incompréhension subsiste, vous pouvez présenter votre réclamation par courrier à :

MSC Gestion Santé, 950 routes des colles, CS 50335, 06906 Biot Sophia Antipolis

Nous nous engageons à accuser réception de votre réclamation sous 10 jours ouvrables et à vous envoyer une réponse motivée sous 2 mois (sauf si la complexité du dossier nécessite un délai supplémentaire). Dans le cas où la réponse à votre réclamation ne vous semblerait pas suffisante ou adaptée, vous avez la possibilité d'exposer votre insatisfaction auprès de la Direction Générale. Celle-ci apportera une réponse définitive à votre réclamation :

Saint-Christophe Assurances, Direction Générale, 277, rue Saint Jacques, 75256 Paris cedex 05

Si la réponse de la Direction Générale ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez saisir le médiateur muni du courrier de réponse définitive. Ce recours est toujours gratuit et s'exerce dans le cadre de la charte de la médiation de l'assurance. Contactez le Médiateur de l'assurance sur : www.mediation-assurance.org ou par courrier :

La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09

Le médiateur mène sa mission en toute indépendance et rend un avis sous 3 mois maximum à compter de sa saisine.



Article XXI

Garanties d'assistance

ARTICLE 1 - OBJET

Les présentes Conditions générales reprennent les dispositions de la convention d'assistance portant le numéro **7204152** souscrite par la MUTUELLE SAINT-CHRISTOPHE ASSURANCES pour ses Assurés auprès d'AXA Assistance France - société anonyme de droit français au capital de 23 840 020 euros, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 311 338 339 siège social : 6 rue André Gide-92320 Châtillon - **Agissant sous la dénomination MSC Assistance** - Entreprise régie par le Code des assurances. Elle a pour objet de garantir, pour les assurés figurant sur les conditions particulières, des services d'assistance.

ARTICLE 2 - DEFINITION

2.01 - Souscripteur :

MUTUELLE SAINT-CHRISTOPHE ASSURANCES - 277 RUE ST JACQUES 75256 PARIS CEDEX 05.

2.02 - Mutuelle Saint-Christophe Assistance :

Dénomination sous laquelle agit AXA Assistance France - 6 rue André Gide - 92320 Châtillon

2.03 - Aidant :

Au titre de ce contrat l'aidant est l'assuré qui assiste son père, sa mère, son fils, sa fille ou son conjoint dépendant.

2.04 - Bénéficiaires :

Les assurés désignés au contrat **LUMINA SANTE SENIOR** délivré par Mutuelle Saint-Christophe assurances : - Le sociétaire ayant souscrit au contrat **LUMINA SANTE SENIOR** délivré par Mutuelle Saint-Christophe assurances et les membres de sa famille. - Famille : •Le chef de famille, son conjoint (ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS) ou le concubin). Leurs enfants fiscalement à charge, leurs ascendants vivant au domicile.

2.05 - Territorialité :

Les garanties s'exercent en France, à Andorre, à Monaco, dans les Départements d'Outre-Mer et les Territoires d'Outre-Mer.

2.06 - Personne dépendante :

Est considérée comme en état de dépendance, la personne reconnue dans une situation de dépendance correspondant aux groupes GIR 1, 2, 3 ou 4 de la grille AGGIR. Le GIR4 comprend les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. Les GIR1, 2 et 3 regroupent des personnes plus dépendantes que GIR4.

2.07 - Domicile :

Lieu de résidence principal et habituel du bénéficiaire figurant comme domicile sur la déclaration d'impôts sur le revenu ou tout autre document officiel. Il est nécessairement situé en France.

2.08 - Maladie :

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

2.09 - Accident :

Altération brutale de la santé du bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible et violent et indépendant de la volonté de la victime

2.10 - Atteinte corporelle grave :

Accident corporel ou maladie à caractère imprévisible dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

2.11 - Hospitalisation :

Séjour prévu ou imprévu dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave.

2.12 - Immobilisation au domicile :

Obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave et sur prescription médicale.

2.13 - Autorité médicale :

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le bénéficiaire.

2.14 - Équipe médicale :

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par notre médecin régulateur.

2.15 - Proche :

Toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le bénéficiaire.

2.16 - Animaux domestiques :

Animaux familiers (chiens et chats uniquement) vivant habituellement au domicile du bénéficiaire et à sa charge, et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur.

2.17 - Franchise :

Part des dommages à la charge du bénéficiaire.

2.18 - Fait générateur :

ARTICLE 3 – DEFINITION DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Maladie, accident.

3.01 - Pack assistance hospital :

1 - Avant l'Hospitalisation (selon l'Article 2.12) : aide au choix d'un établissement hospitalier

En fonction du lieu de votre Domicile, du type de pathologie et de critères de qualité officiels des établissements publics ou privés, nos professionnels de santé vous communiquent une liste comportant au moins trois établissements correspondant à vos besoins.

2 - Pendant l'Hospitalisation : garde et transferts des Animaux domestiques

Si vous êtes hospitalisés et que vos Animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, nous organisons et prenons en charge dans un rayon de 50 km du Domicile de l'assuré (sans pouvoir les cumuler) :

- soit le transfert et la garde des Animaux (maximum 2) jusqu'à la pension la plus proche du Domicile. Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 250 € par événement et pour l'ensemble des Animaux,
- soit le transfert des Animaux (maximum 2) au Domicile d'un Proche. Cette garantie est limitée aux Hospitalisations de plus de 24 heures (selon l'Article 2.12) et à une seule intervention par année civile.

3 - Après l'Hospitalisation : aide-ménagère et garde malade Aide-ménagère :

Dès le retour à votre Domicile et pendant les 20 jours qui suivent, nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère qui accomplira les tâches quotidiennes que vous ne pouvez pas effectuer du fait de votre état physique. Cette prestation vous est acquise dans la limite de 40 heures, avec un minimum de deux heures consécutives par jour.

Elle est limitée aux Hospitalisations de plus de 24 heures (selon l'Article 2.12) et à une seule intervention par assuré et par année d'assurance.

Garde malade : Dès le retour à votre Domicile et pendant les 20 jours qui suivent, nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde-malade si votre état le justifie. Cette prestation vous est acquise dans la limite de 40 heures, avec un minimum de quatre heures consécutives par jour.

Elle est limitée aux Hospitalisations de plus de 24 heures (selon l'Article 2.12) et à une seule intervention par assuré et par année d'assurance.

Seule l'équipe médicale du service assistance est habilitée à fixer la durée de présence de l'aide-ménagère ou de la garde malade après bilan médical. Pour bénéficier de ces prestations, vous devez :

- contacter le service assistance,
- obtenir l'accord de l'équipe médicale avant d'engager toute dépense,

- formuler votre demande au plus tard dans les 8 jours qui suivent votre retour de l'hôpital.

3.02 - Conseil à l'aménagement de l'habitat :

En cas de perte définitive d'une partie de votre mobilité, nous mettons à votre disposition un service de conseil téléphonique sur l'aménagement de l'habitat et nous pouvons vous orienter vers des professionnels pour intervention à votre Domicile. Les frais de déplacement et interventions des professionnels restent à votre charge.

3.03 - Recherche de prestataires :

1 - Livraison de courses ou de médicaments et soins de pédicures ou de kinésithérapie

En sortie d'Hospitalisation, nous vous mettons en relation avec :

- des prestataires assurant la livraison de courses à votre Domicile, le portage de médicaments (sous réserve des disponibilités locales),
- des Pédicures-Podologues et des Kinésithérapeutes. Les frais de déplacements et honoraires de personnel restent à votre charge. Ces prestations sont limitées aux Hospitalisations de plus de 24 heures (selon l'Article 2.12) et à une seule intervention par assuré et par année d'assurance. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :
 - contacter le service assistance,
 - formuler votre demande au plus tard dans les 8 jours qui suivent votre retour de l'hôpital.

2 - Aide à la recherche de personnel de remplacement.

En cas de Maladie ou d'Hospitalisation ne vous permettant pas d'assurer la continuité de votre activité professionnelle, nous vous aidons dans la recherche de personnel de remplacement. Le coût résultant de la mise en œuvre de ce service reste à votre charge.

3.04 - Rapatriement sanitaire :

À Cette prestation d'assistance est destinée aux personnes assurées au contrat. Elle est acquise à plus de trente kilomètres du domicile principal du souscripteur du contrat et pour le monde entier. Les séjours et voyages hors France métropolitaine et Monaco supérieurs à quatre-vingt-dix jours consécutifs ne sont pas couverts par cette prestation. En cas de Maladie imprévisible ou d'Accident corporel survenant à un assuré du contrat, l'équipe médicale du service d'assistance se met, le cas échéant, en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état du malade ou du blessé. Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est à la charge des autorités locales. Les frais correspondants ne sont pas remboursés par le service assistance. Si l'équipe médicale du service d'assistance décide du transport de l'assuré vers un autre centre médical mieux équipé ou plus spécialisé ou vers le

centre médical le plus proche du domicile en France métropolitaine, et si l'état médical de l'assuré le permet, le service assistance organise et prend en charge l'évacuation selon la gravité du cas par :

- train première classe, couchette ou wagon-lit,
- véhicule sanitaire léger,
- ambulance,
- avion de ligne régulière, classe économique,
- avion sanitaire

Si le contexte médical l'impose, après rapatriement, le service assistance organise et prend en charge le transport médicalisé de l'assuré en état de quitter le centre médical se trouvant en dehors de son secteur hospitalier jusqu'à son domicile en France métropolitaine, et ce par les moyens les plus appropriés selon la décision des médecins du service assistance. La décision du transport et des moyens à mettre en œuvre est prise par les médecins du service assistance en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable de l'intéressé ou d'un membre de sa famille, exception faite des états comateux nécessitant un transfert d'urgence. Tout refus de la solution proposée par la direction médicale du service assistance en collaboration avec les différents médecins concertés entraîne l'annulation de cette prestation. En cas de rapatriement ou de transport, le service assistance peut demander à l'assuré d'utiliser son titre de transport si ce dernier peut être modifié. Dans le cas contraire, et lorsque le service assistance a pris en charge le retour, l'assuré doit impérativement lui remettre le remboursement du titre de transport non utilisé qu'il devra obtenir dans un délai de deux mois.

Ne sont pas pris en charge dans cette prestation :

- les frais de restauration,
- les frais de carburant, péage, traversée en bateau,
- les frais de taxis sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable du service assistance,
- les frais de douane sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable du service assistance,
- les frais relatifs à la perte ou au vol de titres de transport, papiers d'identité, papiers divers et bagages,
- les dommages provoqués intentionnellement par les assurés,
- les Accidents liés à la participation à des compétitions sportives et à leurs essais,
- les frais de recherche en mer et en montagne,
- tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.

Néanmoins, le Bénéficiaire peut demander au service assistance d'organiser le rapatriement et les frais engagés sont alors supportés par lui. Seule l'équipe médicale du service assistance peut accepter ou non le rapatriement. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

- faire le nécessaire avant votre départ à l'étranger pour vous munir de la Carte Européenne d'Assurance Maladie, d'un formulaire E 111 ou de tout autre formulaire offrant des garanties similaires. Ces documents sont délivrés par les caisses d'assurance Maladie des Bénéficiaires,
- contacter le service assistance et obtenir l'accord de l'équipe médicale avant d'engager toute dépense.

3.05 - Garde de personne dépendante :

Vous êtes Aidant d'une personne dépendante. Si vous êtes hospitalisés de façon imprévue plus de 24 h, que vous ne pouvez en conséquence tenir votre rôle habituel auprès de la personne dépendante que vous avez en charge et qu'aucun Proche n'est susceptible de vous remplacer, nous organisons et prenons en charge, si nécessaire, la venue auprès de la personne dépendante d'une aide-ménagère ou d'un auxiliaire de vie pour pallier votre absence.

Cette prestation vous est acquise dans la limite de 20 heures, avec un minimum de deux heures consécutives par jour sans pouvoir dépasser en valeur la somme de cinq cent euros TTC (500 €). Elle est limitée aux Hospitalisations de plus de 24 h (**selon l'Article 2.12**) et à une seule intervention par assuré et par année d'assurance. Au-delà de ces plafonds de garanties, Mutuelle Saint-Christophe Assistance peut vous communiquer les coordonnées de personnes qualifiées.

Le coût de la prestation restant alors à votre charge et étant directement payable auprès du prestataire choisi. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

- contacter le service assistance avant d'engager toute dépense,
- si la personne dépendante à plus de 60 ans, faire parvenir au service d'assistance la photocopie du document attestant de la perception de l'Allocation pour Adulte Handicapé (APA) par son parent ou conjoint et sur lequel doit figurer la classification GIR,
- si la personne dépendante à moins de 60 ans, faire parvenir au service d'assistance la photocopie du document attestant :
 - qu'elle est classée par la Sécurité sociale en invalidité de 2ème ou 3ème catégorie,
 - ou qu'elle est Bénéficiaire, au titre de la législation sur les accidents du travail, d'une majoration pour tierce personne,
 - ou qu'elle est Bénéficiaire de l'Allocation pour Adulte Handicapé (APA) compte tenu d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %,

- ❖ si la personne dépendante est votre père, mère, fils ou fille, faire parvenir au service d'assistance un extrait d'acte de naissance permettant de vérifier votre lien de filiation,
- ❖ si la personne dépendante est votre conjoint, faire parvenir au service d'assistance un certificat de mariage, de Pacs ou de concubinage permettant de justifier votre lien.

3.06 - Assistance juridique :

Nous mettons à votre disposition un service d'informations juridiques accessible de 9h à 19h du lundi au vendredi. Selon les cas, nous pouvons avoir à nous documenter et à vous rappeler afin de vous communiquer les renseignements 12/16 nécessaires. Les informations peuvent concerner toute question relative à un conflit avec un établissement de santé ou un prestataire de santé. Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée du fait de l'interprétation des informations.

ARTICLE 4 – EXCLUSIONS

Outre les exclusions spécifiques à chacune des garanties de la présente convention, sont exclues et ne pourront donner lieu à l'intervention de l'Assisteur, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit, tout dommage, Accident, ainsi que leurs conséquences résultant :

- ❖ les interruptions volontaires de grossesse,
- ❖ les affections en cours de traitement et les états de convalescence non consolidés,
- ❖ les Maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une Hospitalisation dans les 6 mois avant la date de demande d'assistance,
- ❖ les tentatives de suicide et leurs conséquences,
- ❖ les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique,
- ❖ les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation,
- ❖ les affections bénignes traitables sur place,
- ❖ les contrôles et/ou traitements d'une affection qui ont été programmés avant le départ du Domicile sur le lieu du séjour,
- ❖ les examens au titre d'un dépistage (prévention, check-up, amniocentèses),
- ❖ les suites de la grossesse : accouchement, césarienne, soins au nouveau-né,
- ❖ les affections psychiatriques, les syndromes dépressifs et leurs conséquences.

Outre les exclusions précisées ci avant, sont également exclues toutes conséquences :

- ❖ de l'usage d'alcool,
- ❖ de l'usage de drogue ou de stupéfiants non prescrits médicalement.

Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni à remboursement :

- ❖ les frais non justifiés par des documents originaux.

ARTICLE 5 – CONDITIONS RESTRICTIVES

D'APPLICATION

5.01 - Limitation de responsabilité :

Mutuelle Saint-Christophe Assistance ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance. Mutuelle Saint-Christophe Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

5.02 - Circonstances exceptionnelles :

L'engagement de Mutuelle Saint-Christophe Assistance repose sur une obligation de moyens et non de résultat. Mutuelle Saint-Christophe Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

ARTICLE 6 – CONDITIONS GENERALES

D'APPLICATION

6.01 - Validité des garanties :

Les garanties prennent effet à la date de déclaration du souscripteur et pendant toute la durée de l'adhésion du bénéficiaire pour autant que les garanties de la présente convention soient acquises au souscripteur.

6.02 - Mise en jeu des garanties :

Seules les prestations organisées par ou en accord avec Mutuelle Saint-Christophe Assistance sont prises en charge. Mutuelle Saint-Christophe Assistance intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux. En cas d'événement **nécessitant l'intervention de Mutuelle Saint-Christophe Assistance, la demande doit être adressée directement :**

- par téléphone au 01 49 65 25 06
- par télécopie au 01 55 92 40 50

6.03 - Procédure de déclaration de sinistre :

Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, le bénéficiaire doit avertir Mutuelle Saint-Christophe Assistance et faire sa déclaration de sinistre accompagnée de toutes les pièces justificatives. Cet envoi doit être adressé à :

Mutuelle Saint-Christophe Assistance, Service Gestion des Sinistres - 6 rue André Gide - 92320

Châtillon. Toute déclaration non conforme aux dispositions prévues dans les garanties d'assistance entraîne la déchéance à tout droit de remboursement. Le remboursement s'effectue sur présentation de factures originales établies par des organismes agréés et reconnus localement. Le remboursement se fait exclusivement au bénéficiaire, ou à ses ayants droit, après réception par Mutuelle Saint-Christophe Assistance de son dossier complet. Mutuelle Saint-Christophe Assistance se réserve le droit de soumettre, à ses frais, le bénéficiaire à un contrôle médical sous pli confidentiel transmis par lettre recommandée avec avis de réception.

6.04 - Accord préalable :

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de tout ou partie des garanties prévues à la présente convention sans l'accord préalable de Mutuelle Saint-Christophe Assistance, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

6.05 - Déchéance des garanties :

Le non-respect par le bénéficiaire de ses obligations envers Mutuelle Saint-Christophe Assistance en cours de contrat entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus à la présente convention.

ARTICLE 7 – CADRE JURIDIQUE

7.01 - Loi informatique et libertés :

Dans le cadre du contrôle de la qualité des services rendus, les conversations téléphoniques entre les bénéficiaires et les services de Mutuelle Saint-Christophe Assistance pourront être enregistrées. Conformément aux Articles 32 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le bénéficiaire est informé que les données nominatives qui seront recueillies lors de son appel sont indispensables à la mise en œuvre des prestations d'assistance définies dans les présentes conditions générales. Un défaut de réponse entraînera la déchéance des garanties prévues par la convention.

Ces informations sont destinées à l'usage interne de Mutuelle Saint-Christophe Assistance, ainsi qu'aux personnes amenées à intervenir et chargées de la passation, la gestion et l'exécution du contrat, dans la limite de leurs attributions respectives. Le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données le concernant, en s'adressant au Service Juridique de Mutuelle Saint-Christophe Assistance - 6 rue André Gide - 92320 Châtillon.

7.02 - Subrogation :

Mutuelle Saint-Christophe Assistance est subrogée dans les droits et actions de toute personne physique ou morale, bénéficiaire de tout ou partie des garanties figurant à la présente convention,

contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par elle en exécution de la présente convention.

7.03 - Prescription :

Conformément aux dispositions prévues par l'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 fautive 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 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 30 ans à compter du décès de l'assuré ».

Conformément à l'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 ».

Conformément à l'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 ».

7.04 – Réclamations et médiation :

En cas de désaccord concernant la gestion du contrat, les Assurés s'adressent en priorité à leur interlocuteur privilégié afin de trouver des solutions adaptées aux difficultés rencontrées. Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante, les Assurés peuvent adresser leur réclamation par courrier à l'adresse suivante : AXA Assistance - Service Gestion Relation Clientèle 6, rue André Gide - 92320 Châtillon. Ou sur le site internet à partir de la rubrique « contact » : www.axa-assistance.fr/contact. Axa Assistance s'engage à accuser réception sous dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Une réponse sera adressée dans un délai maximum de deux (2) mois, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire. Après épuisement des voies de

recours internes ci-dessus énoncées et si un désaccord subsiste, les Assurés peuvent faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09. Ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet : www.mediation-assurance.org Ce recours est gratuit. L'avis du Médiateur ne s'impose pas et laissera toute liberté à l'Assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent. Le Médiateur formulera un avis dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet. La Charte de « la Médiation de l'Assurance » est également consultable sur le lien suivant : www.mediation-assurance.org/medias/mediationassurance/Charte_V2.pdf

7.05 – Règlement des litiges :

Tout litige se rapportant à la présente convention et qui n'aura pu faire l'objet d'un accord amiable entre les parties sera porté devant la juridiction compétente.

