

REGLEMENT MUTUALISTE WORLDPASS

La société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS SANTE) est établie 65, avenue Jules Cantini - Tour Méditerranée - 13006 Marseille.

Elle est régie par le Code de la Mutualité, elle est soumise notamment aux dispositions du Livre II dudit Code.

Elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le n° 438 601 932.

Article 1^{er} - Objet

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

Les garanties WORLDPASS sont destinées à garantir la prise en charge ou le remboursement des frais de santé occasionnés par une maladie inopinée ou par un accident survenu, lors d'un séjour à l'étranger.

Article 2 - Conditions et modalités d'adhésion

2-1- Conditions d'adhésion

Etre âgé de 16 ans à 35 ans, être domicilié en France, être lycéen ou étudiant ou assimilés, ou l'avoir été dans les douze derniers mois précédant la souscription, et prévoir de se rendre temporairement hors de France pour :

- Suivre des études,
- Effectuer un stage d'étude ou une mission d'étude,
- Participer à un séjour linguistique,
- Passer des vacances.

Pour la garantie WORLDPASS B être bénéficiaire d'une Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) valide pendant toute la durée de la garantie.

2-2- Modalités d'adhésion

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

- Un bulletin d'adhésion dûment complété dans son intégralité, signé et daté,
- Un paiement au bénéfice de la société Mutualiste Interprofessionnelle de Santé (MIS SANTE) par chèque, par carte bancaire, par virement pour la totalité du montant de l'adhésion, ou en cas de paiement fractionné par un mandat de prélèvement SEPA sur un compte bancaire situé dans un pays de la zone SEPA.

Article 3 - Délai de rétractation

En application des articles L 221-18 du Code de la Mutualité et L 121-29 du Code de la Consommation, tout adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires pour exercer son droit de rétractation, sans avoir à justifier de motif ou à supporter des pénalités.

Le délai court à compter du jour où le contrat d'adhésion est signé.

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

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

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

Article 4 - Fausse déclaration

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

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

Article 5 - Prise d'effet, durée, résiliation

5-1- Prise d'effet

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

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

5-2- Durée

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

Cette durée pourra être d'un mois au minimum et de douze mois consécutifs au maximum.

Les garanties cessent à la date de fin du contrat mutualiste.

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

Si un événement quel qu'il soit, intervient pendant un retour temporaire en France (article 8-3-1) rendant impossible la reprise du séjour à l'étranger, le jour du retour temporaire de l'assuré en France est considérée comme étant la date de retour définitif.

5-3- Résiliation

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

« Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle ou l'union de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une ou des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle ou l'union a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle ou à l'union la cotisation arriérée ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celle venue à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement ».

Les frais de poursuite et de recouvrement s'élèvent à la somme forfaitaire de 200 €.

Article 6 - Zone géographique

La garantie WORLDPASS A est valable pour le Monde entier, y compris les pays de l'Union Européenne.

La garantie WORLDPASS B n'est valable que pour les pays de l'Union Européenne.

Les garanties ne peuvent pas être souscrites pour la France Métropolitaine, ni pour les pays suivants : Afghanistan, Djibouti, Éthiopie, Irak, Mauritanie, Somalie, Soudan, Syrie, Yémen.

Article 7 - Cotisations et paiement des cotisations

7-1- Cotisations

Les cotisations sont les suivantes pour chaque garantie :

	WORLDPASS B	WORLDPASS A
Tarifs mensuels	32 €	41 €
Tarifs à la quinzaine (à partir du premier mois)	19 €	24 €

7-2- Paiement des cotisations

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

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

Le paiement fractionné n'est possible que pour des garanties d'une durée supérieure ou égale à cinq mois et pour une souscription au plus tard 15 jours avant la date de prise d'effet des garanties.

Les paiements fractionnés sont mensuels.

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

Tout défaut de paiement total ou partiel d'une cotisation due ou d'une fraction due de celle-ci, entraîne l'application immédiate de la procédure de résiliation telle que décrite à l'article 5-3- intitulé « Résiliation ».

7-3- Frais et modalités d'annulation et/ou de modification

Toute demande d'annulation, hors délai de rétractation (article 3) et jusqu'à la veille de prise d'effet, sera acceptée moyennant le paiement à la mutuelle d'une indemnité de dédie égale à 20 € (vingt euros) si elle lui est notifiée par courrier RAR ou par courriel.

Aucune annulation ne sera acceptée après la prise d'effet du contrat mutualiste.

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

A compter de la date de prise d'effet, plus aucune demande de modification de celle-ci ni de la durée du contrat mutualiste ne sera acceptée.

Article 8 - Prestations

8-1- Principes généraux

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

Les garanties ne s'étendent, ni ne bénéficient à aucun ayant-droit du membre participant.

Les actes médicaux pour donner lieu à remboursement doivent obligatoirement avoir été prescrits par une autorité médicale titulaire des diplômes ou autorisations requis dans le pays où elle exerce et où elle est légalement habilitée à la pratique de son art.

Dans l'hypothèse où une maladie inopinée ou un accident graves nécessiterait des soins importants et lourds, l'assuré devra à la demande de MIS Santé, accepter d'écourter son séjour à l'étranger et donc accepter son rapatriement en France pour y être soigné. A défaut d'acceptation par l'assuré, MIS Santé sera en droit de refuser toute prise en charge et tout remboursement de soins.

Dans l'hypothèse où l'assuré serait dans l'impossibilité pour des raisons médicales de demander son rapatriement en France à l'assisteuse, MIS Santé se substituera à lui pour effectuer cette demande ou toute autre démarche dans les intérêts de l'assuré.

Les frais de santé intervenus dans les 90 jours suivant la date de fin du contrat mutualiste donneront toutefois lieu à remboursement si et seulement si la maladie inopinée ou l'accident qui est à l'origine de ces frais de santé est intervenu pendant la durée dudit contrat.

8-2- Risques couverts et risques exclus

8-2-1 Risques couverts

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

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

Par « *maladie inopinée* », on entend toute altération de la santé médicalement constatée, soudaine et imprévisible.

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

8-2-2 Risques exclus

Sont toujours exclus les dépenses de santé qui auraient pour origine directe ou indirecte les causes suivantes :

- La guerre civile ou étrangère, l'invasion, l'insurrection, la révolution, l'usurpation du pouvoir, le terrorisme... ;
- Le contact ou la contamination par des substances dites nucléaires, biologiques ou chimiques, l'explosion d'engins et les effets nucléaires radioactifs ;
- Les cataclysmes naturels, les épidémies et tous les cas de force majeure ;
- La participation de l'assuré à des rixes, à des paris de toute nature, à des actes pénalement répréhensibles, à des manifestations ou à des événements non autorisés ;
- L'absorption par l'assuré de drogues ou de substances analogues, de médicaments, ou de traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée ;
- L'état de grossesse, les blessures ou les maladies préexistantes ou qui sont le fait volontaire de l'assuré et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaires (sont préexistantes, les blessures ou maladies diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les (6) six mois précédant la souscription par l'assuré au présent contrat) ;
- L'état alcoolique de l'assuré, caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool égal ou supérieur à celui fixé par la loi française concernant la circulation automobile ;
- La pratique par l'assuré d'un sport à titre professionnel ;
- La participation de l'assuré à une course ou à une compétition nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien ou aquatique à moteur ;
- La pratique par l'assuré de tous les sports aériens et des sports dits dangereux et notamment : escalade, alpinisme, spéléologie, sports de combat, plongée

sous-marine avec appareils autonomes, bull-riding, rugby, randonnée en haute montagne, hurling, ski hors-piste, hockey, tous sports de combat...

- L'utilisation d'armes à feu par l'assuré ;

8-3- Prestations garanties et prestations exclues

8-3-1 Prestations garanties

Tous les frais ou actes de santé ci-après indiqués et qui seraient consécutifs à l'un des risques couverts (article 8-2-1 du présent règlement) :

Médecine hospitalière (100% des frais réels) :

- Consultations généralistes et spécialistes (hors celles des dentistes et des ophtalmologistes)
- Frais de séjour et forfait hospitalier
- Acte de chirurgie, acte d'anesthésie et de réanimation
- Frais éventuels de salle d'opération
- Actes d'auxiliaires médicaux
- Actes d'analyses et travaux de laboratoire
- Actes de radiologie, images médicales (IRM) et scanners
- Frais pharmaceutiques
- Frais de transport en ambulance liés à une hospitalisation ouvrant droit à prestation dans le cadre du présent contrat

Médecine courante hors hospitalisation (100% des frais réels) :

- Consultations, visites généralistes et spécialistes (hors celles des dentistes et des ophtalmologistes)
- Actes de petite chirurgie et actes de spécialiste
- Actes d'auxiliaires médicaux
- Actes d'analyses et travaux de laboratoire
- Actes de radiologie, images médicales (IRM) et scanners
- Les médicaments sur prescription médicale

Frais dentaires occasionnés par accident ou une urgence dentaire non consécutifs à mauvais état préalable de la dentition ou des gencives (100% des frais réels) :

- Consultations, visites des dentistes
- Soins dentaires (hors prothèses et implants dentaires)

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

Frais ophtalmologiques occasionnés par un accident (traumatisme oculaire) ou une urgence ophtalmologique non consécutifs à une pathologie préexistante, à un traitement de troubles de la vue ou lié au port d'un appareillage optique (100% des frais réels) :

- Consultations, visites des ophtalmologistes
- Soins ophtalmologiques (hors prothèses, implants, appareillages optiques et hors chirurgie laser)

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

Frais de santé engagés en France lors d'un retour temporaire à son domicile (100% du tarif de convention de la sécurité sociale) :

- Médecine hospitalière ;
- Médecine courante hors hospitalisation ;
- Urgence dentaire ;
- Urgence ophtalmologique.

Un retour temporaire est un retour en France d'une durée consécutive maximale égale à (48) quarante-huit heures par mois d'assurance garantie. Soit, à titre d'exemple, un retour en France d'une durée maximale de (12) douze jours consécutifs pour un WORLDPASS d'une durée de (6) six mois.

Taux et plafonds de garantie :

	Taux de remboursement	Plafonds de garantie
Médecine hospitalière	<i>100% des frais réels</i>	<i>frais réels dans la limite des frais engagés par l'assuré</i>
Médecine courante hors hospitalisation	<i>100% des frais réels</i>	<i>frais réels dans la limite des frais engagés par l'assuré</i>
Frais dentaires d'urgence	<i>100% des frais réels</i>	<i>forfait de 300 € dans la limite des frais engagés par l'assuré</i>
Frais ophtalmologiques d'urgence	<i>100% des frais réels</i>	<i>forfait de 300 € dans la limite des frais engagés par l'assuré</i>
Frais de santé en France lors d'un retour temporaire	<i>100% du tarif de convention de la sécurité sociale</i>	<i>Hospitalisation : 500.000 € Hors hospitalisation : 15.000 €</i>

8-3-2 Prestations exclues

Sont toujours exclus les actes et soins de santé suivants:

- Les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux Français (CCAM) ainsi que les actes non pris en charge ou ne faisant l'objet d'aucun tarif dans cette Classification ;

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

Sont toujours exclus les frais médicaux consécutifs :

- A l'insuffisance rénale ;
- Au diabète ;
- Aux maladies nerveuses et mentales ;
- A l'épilepsie ;
- Aux ruptures d'anévrisme et aux infarctus du myocarde ;
- A l'alcoolisme et à la dépendance de l'Assuré à la consommation de toute drogue ;
- Aux embolies cérébrales ;
- Aux hémorragies méningées ;
- Aux dorsalgies, lombalgies, lombosciatiques, hernies discales, pariétales, vertébrales, crurales, scrotales, inguinales de ligne blanche et ombilicales ;

Sont toujours exclus :

- Toutes prothèses, orthèses (auditives, dentaires, oculaires, plantaires, de membres, ...) et ortho-prothèses ;
- Tout appareillage dentaire (appareil dentaire orthopédiques, orthodontique, extra-oral, élastiques, gouttières, attelles, etc.) et ophtalmologique (lunettes, lentilles de contact cornéennes, intraoculaires, etc.) ;
- Tout appareillage tel que fauteuil roulant, béquilles, canne, déambulateur, lits médicaux, etc. ;
- Tout matériel de contention ;
- Tous les produits non médicamenteux d'usage courant tels que : coton hydrophile, alcool, crème solaire, dentifrice, pansements, savon, parfum, shampooing... ;

- Les frais annexes tels que le téléphone, la télévision en cas d'hospitalisation,
- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en maison de repos et/ou de convalescence, sauf lorsque le séjour fait suite à une hospitalisation de plus de (30) trente jours ou une intervention chirurgicale lourde, en toute hypothèse les frais d'hébergement ou de traitement seront limités à (30) trente jours ;
- Les frais d'hébergement et de traitement relatifs à un séjour en établissement de réadaptation ou de rééducation professionnelle (ou établissement assimilé) ;
- Les frais prodigués dans un établissement infirmier ou une maison de retraite, et les frais consécutifs à l'assistance d'une personne dans ses activités quotidiennes, même si cette personne est déclarée en état d'invalidité temporaire ou permanente. De tels services sont considérés comme des soins confort même s'ils sont prescrits par un médecin et s'ils sont délivrés par des fournisseurs ayant un statut médical ou paramédical ;
- Les dépenses de voyage et d'hôtel liées aux soins ;
- Les frais médicaux jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils sont engagés.

Article 9 - Modalités de mise en œuvre de la garantie

9-1- Entente préalable

Suite à un accident ou à une maladie inopinée garantis dont le traitement nécessite des actes ou des soins en série, et en l'absence de prise en charge (article 9-3), l'assuré doit demander une entente préalable à MIS Santé dans les mêmes conditions que la déclaration circonstanciée de sinistre.

La demande d'entente préalable mentionne les éléments suivants :

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

A défaut d'acceptation de l'entente préalable par MIS Santé dans un délai de 10 jours, cette dernière sera réputée refusée.

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

L'accord donné suite à une demande d'entente préalable ne constitue qu'une présomption simple de recevabilité par rapport aux informations donnés et non un engagement de remboursement qui ne pourra être donné qu'après réception de toutes les pièces justificative (article 9-5).

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

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

TOUT REFUS DE LA SOLUTION PROPOSEE PAR L'EQUIPE MEDICALE MIS SANTE ENTRAINE LA DECHEANCE DE LA GARANTIE.

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

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

9-2- Déclaration de sinistre

Suite à un accident ou à une maladie inopinée garantis dont le traitement nécessite des actes ou des soins en série, et en l'absence de prise en charge (article 9-3), l'assuré doit transmettre une déclaration circonstanciée de sinistre à MIS Santé dans un délai de (5) cinq jours.

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

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

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

Un numéro de sinistre lui sera communiqué dès la déclaration enregistrée par MIS Santé.

La déclaration circonstanciée mentionne les éléments suivants :

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

9-3- Prise en charge

En cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à 24h, et si l'assuré en fait la demande MIS Santé prend directement en charge les frais d'hospitalisation.

La demande de prise en charge est adressée à MIS Santé :

+33 (0)4 26 31 79 10

(du lundi au vendredi de 9h à 18h ; numéro non surtaxé ; le coût de l'appel est à la charge du Bénéficiaire)

**MIS Santé – Service Santé à l'étranger
Tour Méditerranée – 65 Av. Jules Cantini
13298 Marseille Cedex 20**

En cas d'urgence ou d'injoignabilité de MIS Santé (hors horaire d'ouverture), la demande de prise en charge est faite auprès d'AXA Assistance :

+33 (0)1 49 65 24 13

(numéro non surtaxé ; le coût de l'appel est à la charge du Bénéficiaire)

La demande de prise en charge vaut déclaration de sinistre et demande d'entente préalable pour les hospitalisations de plus de 24h.

La demande de prise en charge vaut déclaration de sinistre et demande d'entente préalable pour les hospitalisations de plus de 24h.

9-4- Remboursement

Dans tous les cas, y compris en cas de prise en charge, l'assuré s'engage à transmettre un dossier de remboursement complet (article 9-5) à MIS Santé dans les plus brefs délais

et au plus tard un mois après son retour en France ou après réception du décompte de remboursement de la sécurité sociale pour la garantie WORLDPASS B

Pour la garantie WORLDPASS B, le remboursement par MIS Santé n'intervient qu'après remboursement de la part obligatoire par la sécurité sociale de l'assuré. L'assuré dépose son dossier de remboursement de la part complémentaire à réception du décompte de l'assurance maladie ou du justificatif de reste à charge.

Pour la garantie WORLDPASS A la demande de remboursement est immédiatement transmise à MIS Santé.

9-5- Pièces justificatives à fournir

Pour la garantie WORLDPASS A, le dossier de demande de remboursement doit contenir :

- Le formulaire de demande de remboursement dûment complétée, datée et signée (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale) ;
- Les originaux des factures de soins réalisés à l'étranger ;
- En cas d'hospitalisation, le compte rendu de ladite hospitalisation.

Pour la garantie WORLDPASS B, afin que la mutuelle puisse prendre en charge les frais de soins restés à la charge de l'adhérent, celui-ci doit transmettre à la mutuelle :

- Dans l'hypothèse où l'adhérent aurait utilisé sa Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) pour bénéficier d'une prise en charge ou d'un remboursement dans les mêmes conditions qu'un ressortissant du pays de destination :
 - Le formulaire de demande de remboursement dûment complétée, datée et signée (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale) ;
 - Le ticket attestant du solde restant à charge des frais de santé ;
 - La copie des factures de soins.
- Dans l'hypothèse où la demande de remboursement aurait été faite auprès du centre payeur de l'assuré à son retour en France et que le Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE) serait donc intervenu :
 - La déclaration de sinistre dûment complétée (à télécharger à partir du site internet de la mutuelle ou à solliciter par voie postale) ;
 - Le décompte remis par l'assurance maladie ;
 - Copie des factures de soins acquittées ;
 - En cas d'hospitalisation, la copie du compte rendu de ladite hospitalisation.

Article 10 – Fonds d’entraide mutualiste

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

Les bénéficiaires sont les membres participants de MIS Santé et leurs ayants droit, étant rappelé que le présent contrat mutualiste ne bénéficie à aucun ayant droit.

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

Les domaines d’intervention du fonds mutualiste sont :

- Aider les membres participants subissant des difficultés exceptionnelles en prenant en charge une partie de leurs cotisations du régime complémentaire d’assurance maladie,
- Permettre le remboursement de prestations non statutaires chaque fois que le membre participant de MIS Santé se trouve dans une situation exceptionnelle et d’une particulière gravité.

Toute personne souhaitant bénéficier d’une allocation au titre du fonds d’entraide soumet au Conseil d’Administration de MIS Santé une demande motivée et étayée par des pièces justificatives.

C’est au Conseil d’Administration en premier et en dernier ressort qu’il appartient d’étudier les demandes qui lui sont soumises soit pour les accepter, soit pour les rejeter et ce totalement ou partiellement.

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

Article 11 - Subrogations légales et conventionnelles

11-1- La subrogation légale fondée sur l’article L 224-9 du Code de la Mutualité

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

11-2- La subrogation conventionnelle fondée sur les articles 1249 et suivants du Code Civil

Dans l’hypothèse où l’adhérent bénéficierait d’un régime d’assurance maladie français en cours durant son séjour à l’étranger, l’adhérent subroge dans tous ses droits et dès à présent la mutuelle auprès de cet organisme afin que la mutuelle puisse réclamer à cedit organisme les sommes que cedit organisme d’assurance maladie aurait été amené à

verser à l'adhérent si celui-ci avait sollicité auprès de cet organisme le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés par l'adhérent lors de son séjour à l'étranger.

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

11-3- Documents à transmettre à la mutuelle dans le cadre de la subrogation légale ou conventionnelle

Les documents suivants sont à remettre par l'adhérent dans le mois suivant son retour de l'étranger, dans tous les cas, sauf si l'adhérent a utilisé sa Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) ou si le Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE) est déjà intervenu pour que soit pris en charge tout ou partie des frais de santé exposés par l'adhérent lors de son séjour à l'étranger :

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

11-4- Défaillance

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

Article 12 - Prescription

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