

Notice d'Information

valant conditions générales



Lumina Santé Sénior



Sommaire

PRÉAMBULE	03
LEXIQUE	04
Article I Objet du contrat	07
Article II Modalités de souscription au contrat	07
2.1. Conditions d'adhésion	07
2.2. Durée et renouvellement de la souscription	07
Article III Les garanties	08
3.1. Début des garanties	08
3.1.1 Date d'effet	08
3.1.2 Période d'attente	08
3.2. Changement de niveau de garantie	08
3.3. Descriptif des garanties	08
3.3.1 Hospitalisation	08
3.3.2 Optique médicale	08
3.3.3 Services +	09
3.3.4 Renfort	09
3.4. Exclusions et limitations	09
3.4.1 Exclusions générales	09
3.4.2 Exclusions spécifiques	09
3.4.3 Limitations	09
3.5. Territorialité	09
Article IV Services	10
4.1. Télétransmission et tiers-payant	10
4.1.1 Télétransmission avec les C.P.A.M, la RAM et la MSA	10
4.1.2 Tiers-payant santé	10
4.2. Prise en charge	10
Article V Modalités d'obtention des remboursements	10
Article VI Cotisations	11
6.1. Montant des cotisations	11
6.2. Evolution des cotisations	11
6.3. Modalité de paiement des cotisations	11
6.4. Conséquences du défaut de paiement	12
Article VII Dispositions diverses	12
7.1. BNC & BIC	12
Article VIII Résiliation de l'adhésion	12
Article IX Renonciation	13
Article X Expertises - Justificatifs	14
Article XI Subrogation	14
Article XII Prescription	14
Article XIII Informatique et libertés	15
Article XIV Réclamations	15
Garanties assistance	16



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 peut être modifié par avenant ; le souscripteur sera informé par l'Assureur avant toute modification apportée à ses droits ou obligations dans le respect de l'Article L. 141-4 du Code des assurances.

Le contrat est rédigé et conclu en langue française.

L'autorité chargée du contrôle de la société d'assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – Secteur Assurance, située 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

Accident

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

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.

Assuré

Personnes sur laquelle 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.

Base de remboursement (BR)

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

Contrat d'accès aux soins (CAS)

Le contrat d'accès aux soins est conclu entre l'Assurance Maladie et des médecins libéraux du secteur 2. Il a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins notamment en incitant les médecins adhérents au contrat à limiter leurs dépassements d'honoraires.

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 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 majorations 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).**

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.

◀ Hospitalisation

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

◀ 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.

◀ 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.

◀ Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge du souscripteur social 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.

◀ 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.

◀ 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.

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

Tableau des Garanties Lumina Santé Senior

Les remboursements complémentaires suivent pour l'ensemble des options de garantie le parcours d'un contrat "Responsable".

	Nature des prestations	\$100	\$125	\$150	\$200	\$250
Hospitalisation	• Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique conventionnée ou hôpital public	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	• Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique non conventionnée agréée, hôpital public secteur privé	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	• Honoraires des médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100 %	125 % ⁽¹⁾	150 % ⁽¹⁾	200 % ⁽¹⁾	250 % ⁽¹⁾
	• Honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins	100 %	105 % ⁽¹⁾	130 % ⁽¹⁾	180 % ⁽¹⁾	200 % ⁽¹⁾
	• Chambre particulière (limitée à 60 jours en séjours spécialisés) ⁽²⁾	30 € par jour	45 € par jour	55 € par jour	65 € par jour	75 € par jour
	• Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	• Confort hospitalier (téléphone, internet, télévision, séjour de l'accompagnant, frais de transport des visiteurs)	50 € ⁽²⁾	75 € ⁽²⁾	100 € ⁽²⁾	150 € ⁽²⁾	200 € ⁽²⁾
	• Transport ambulance	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Dentaire	• Hospitalisation à domicile	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
	• Actes, soins et chirurgie	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
	• Prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire <ul style="list-style-type: none"> • à partir de la 3^{ème} année un bonus fidélité de • avec une limite annuelle prothèses dentaires remboursées⁽³⁾ <ul style="list-style-type: none"> - les 2 premières années - à partir de la 3^{ème} année 	125 % 50 € ⁽²⁾	150 % 75 € ⁽²⁾	175 % 100 € ⁽²⁾	200 % 150 € ⁽²⁾	250 % 200 € ⁽²⁾
• Prothèses et orthodontie non remboursées par le régime obligatoire, parodontologie et implantologie	50 € ⁽²⁾	75 € ⁽²⁾	100 € ⁽²⁾	150 € ⁽²⁾	200 € ⁽²⁾	
Optique	Les remboursements en optique sont limités à un équipement tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue. Un équipement comprend les verres et la monture ; le remboursement de la monture ne peut excéder 150 €.					
	• Equipement à 2 verres simples <ul style="list-style-type: none"> - pour les 2 premières années d'adhésion - à partir de la 3^{ème} année 	75 € ⁽⁴⁾ 125 € ⁽⁴⁾	125 € ⁽⁴⁾ 175 € ⁽⁴⁾	150 € ⁽⁴⁾ 200 € ⁽⁴⁾	175 € ⁽⁴⁾ 250 € ⁽⁴⁾	200 € ⁽⁴⁾ 275 € ⁽⁴⁾
	• Equipement à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe <ul style="list-style-type: none"> - pour les 2 premières années d'adhésion - à partir de la 3^{ème} année 	125 € ⁽⁴⁾ 175 € ⁽⁴⁾	150 € ⁽⁴⁾ 220 € ⁽⁴⁾	180 € ⁽⁴⁾ 280 € ⁽⁴⁾	200 € ⁽⁴⁾ 300 € ⁽⁴⁾	250 € ⁽⁴⁾ 350 € ⁽⁴⁾
	• Equipement à 2 verres complexes ou très complexes <ul style="list-style-type: none"> - pour les 2 premières années d'adhésion - à partir de la 3^{ème} année 	200 € ⁽⁴⁾ 200 € ⁽⁴⁾	225 € ⁽⁴⁾ 300 € ⁽⁴⁾	250 € ⁽⁴⁾ 350 € ⁽⁴⁾	275 € ⁽⁴⁾ 375 € ⁽⁴⁾	325 € ⁽⁴⁾ 450 € ⁽⁴⁾
	• Lentilles prescrites remboursées ⁽⁵⁾ ou non remboursées par le régime obligatoire	75 € ⁽²⁾	125 € ⁽²⁾	150 € ⁽²⁾	175 € ⁽²⁾	200 € ⁽²⁾
• Opération de la myopie, de l'hypermétropie et de la presbytie par laser (chirurgie réfractive)	75 € ⁽²⁾ par oeil	125 € ⁽²⁾ par oeil	150 € ⁽²⁾ par oeil	175 € ⁽²⁾ par oeil	200 € ⁽²⁾ par oeil	
Soins courants	• Honoraires des médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
	• Honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins	100 %	105 %	130 %	180 %	200 %
	• Radiologie, petite chirurgie et actes techniques médicaux des médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
	• Radiologie, petite chirurgie et actes techniques médicaux des médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins	100 %	105 %	130 %	180 %	200 %
	• Auxiliaires médicaux – laboratoires	100 %	100 %	125 %	125 %	150 %
	• Pharmacie et homéopathie remboursées par le régime obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses	• Prothèses auditives (appareil, réparation, pile)	100 % + 150 € ⁽²⁾	100 % + 250 € ⁽²⁾	100 % + 350 € ⁽²⁾	100 % + 450 € ⁽²⁾	100 % + 550 € ⁽²⁾
	• Orthopédie, appareillage, prothèses (hors prothèses dentaires et auditives)	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Prévention et bien-être	• Médecines naturelles non remboursées par le régime obligatoire : Ostéopathe, Chiropracteur, Pédiacre, Podologue, Acupuncteur, Homéopathe (toutes séances confondues)	50 € ⁽²⁾	75 € ⁽²⁾	100 € ⁽²⁾	150 € ⁽²⁾	200 € ⁽²⁾
	• Prévention : pharmacie non remboursée, vaccins non remboursés, sevrage tabagique, traitement des troubles de l'andropause ou de la ménopause, dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, de l'ostéoporose	50 € ⁽²⁾	75 € ⁽²⁾	100 € ⁽²⁾	150 € ⁽²⁾	200 € ⁽²⁾
Services +	• Cure thermale	100 % + 50 € ⁽²⁾	100 % + 75 € ⁽²⁾	100 % + 100 € ⁽²⁾	100 % + 150 € ⁽²⁾	100 % + 200 € ⁽²⁾
	• Aide aux obsèques (si décès avant 70 ans) ⁽⁶⁾	-	100 €	200 €	300 €	400 €
	• Soins inopinés à l'étranger (voir CG Article 3.5 territorialité)	100 %	100 %	100 %	150 %	150 %
	• Garanties assistance	Incluses	Incluses	Incluses	Incluses	Incluses
	• Exonération et/ou remboursement de la cotisation si hospitalisation + de 9 nuits consécutives suite à un accident ⁽⁴⁾	Garantie	Garantie	Garantie	Garantie	Garantie

Etouffez vos garanties avec les options ci-dessous. Ces renforts sont cumulables (hors formule \$100).

Renforts		+ 50 %* ⁽¹⁾	+ 50 %* ⁽¹⁾	+ 50 %* ⁽¹⁾	+ 50 %* ⁽¹⁾
Renforts	Hospitalisation (code H) : • honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins ayant adhéré au CAS				
	Optique/Dentaire (code OD) : • complément pour verres complexes ou très complexes • complément pour prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire	+ 75 € ⁽⁴⁾ + 100 € ⁽²⁾	+ 75 € ⁽⁴⁾ + 100 € ⁽²⁾	+ 75 € ⁽⁴⁾ + 100 € ⁽²⁾	+ 75 € ⁽⁴⁾ + 100 € ⁽²⁾
	Appareillage/Aide à la santé (code AP) : • complément pour orthopédie, appareillage, prothèses (hors prothèses dentaires et auditives) • Prévention : pharmacie non remboursée, vaccins non remboursés, sevrage tabagique, traitement des troubles de l'andropause ou de la ménopause, dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, de l'ostéoporose	+ 150 € ⁽²⁾ + 50 € ⁽²⁾	+ 150 € ⁽²⁾ + 50 € ⁽²⁾	+ 150 € ⁽²⁾ + 50 € ⁽²⁾	+ 150 € ⁽²⁾ + 50 € ⁽²⁾

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en euros ou une combinaison des deux (les pourcentages intègrent les remboursements du régime obligatoire; les forfaits exprimés en euros viennent en complément des remboursements du régime obligatoire). Conformément à la réglementation, la participation forfaitaire, les franchises médicales, ainsi que la majoration du ticket modérateur et les dépassements autorisés d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins, ne sont pas pris en charge. Le total des remboursements perçu par l'Assuré ne peut excéder les frais justifiés réellement engagés. Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon les clauses et conditions du contrat.

(1) Le premier mois d'assurance, le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident. En cas de reprise à la concurrence c'est le taux de l'ancien contrat qui est appliqué dans les limites prévues au tableau des prestations.
 (2) Par année civile et par assuré.
 (3) Seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite.
 (4) Par équipement.
 (5) Le ticket modérateur des lentilles remboursées est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.
 (6) Réservés aux assurés non bénéficiaires de la « loi Madelin ».
 * sur la base de remboursement du régime obligatoire

Renforcez vos niveaux de garanties

Renfort possible de la formule \$125 à \$250 (ces renforts sont cumulables).



Hospitalisation :
(adhésion possible jusqu'à 80 ans)
Honoraires des médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins
+ 50 %*⁽¹⁾



Optique / Dentaire :
Complément pour verres complexes et très complexes
+ 75 €⁽⁴⁾

Complément pour prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire
+ 100 €⁽²⁾



Appareillage / Aide à la santé :
Complément pour orthopédie, appareillage, prothèses (hors prothèses dentaires et auditives)
+ 150 €⁽²⁾

Prévention : pharmacie non remboursée, vaccins non remboursés, sevrage tabagique, traitement des troubles de l'andropause ou de la ménopause, dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, de l'ostéoporose
+ 50 €⁽²⁾

Définitions

☛ **Verres simples :** verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et/ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

☛ **Verres complexes :** verres à simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.

☛ **Verres très complexes :** verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries (pour les adultes uniquement).

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 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.

Modalités d'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat est composée de la demande d'adhésion, des conditions particulières et de la présente notice d'information valant conditions générales.

2-1 Conditions de souscription

Peut souscrire au contrat, toute personne ayant :

- le statut de sociétaire conformément aux statuts de la Mutuelle Saint-Christophe,
- 55 ans et moins de 80 ans lors de l'adhésion (par différence de millésime),
- fait parvenir à la Mutuelle Saint-Christophe une demande d'adhésion dûment complétée et signée mentionnant chaque membre de la famille inscrit ainsi que le niveau de garantie choisi pour l'ensemble de la famille.

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 et se renouvelle par tacite reconduction, à l'échéance principale, c'est-à-dire au 1er janvier de chaque année.



Les 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 de la présente notice d'information, détaille le montant des remboursements selon le niveau de garantie souscrit ; certains remboursements sont également régis par les dispositions suivantes :

3.3.1 - Hospitalisation

Chambre particulière

Pour bénéficier de cette garantie, l'Assuré doit choisir un établissement conventionné ou agréé. Le remboursement est exclu dans les cas de cure thermale.

Forfait journalier hospitalier

Remboursement pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale.

Confort Hospitalier

Remboursement pour toute hospitalisation médicale ou chirurgicale.

Hospitalisation à domicile

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

3.3.2 - Optique médicale

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.

3.3.3 - Services +

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).

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.

3.3.4 - Renfort

Options "Renfort" (renforts accessibles pour tous les niveaux de garanties sauf le niveau « S100 ») :

L'adhésion à 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 le certificat d'adhésion.

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 frais d'hospitalisation en long séjour, c'est-à-dire les soins de longue durée 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.



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) à condition que les dépenses de santé soient concernées par le tiers-payant, que le professionnel de santé accepte également le tiers-payant avec le régime obligatoire et que la garantie prévoit au minimum 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.
- 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.



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 - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX :

● dans les 3 mois qui suivent l'indemnisation par le régime obligatoire :

- les décomptes délivrés par le régime obligatoire,
- les notes d'honoraires, factures acquittées et détaillées.

● dans les 3 mois qui suivent l'événement :

- les justificatifs acquittés des dépenses concernant la rubrique Confort Hospitalier ;
- en cas d'implants, de parodontie ou de prothèses dentaires non prises en charge par le régime obligatoire : la facture acquittée et détaillée.
- Pour les actes de « PRÉVENTION & BIEN-ÊTRE » et/ou « SERVICES + » dont les remboursements sont en Euros : la facture acquittée et détaillée.

- 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 - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS 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) renforts(s) choisi(s),
- de l'âge des Assurés à la prise d'effet de l'adhésion,
- du lieu de résidence,
- de la composition familiale.

6-2 Évolution des cotisations

Les cotisations évoluent :

- au 1^{er} janvier de chaque année :
 - selon l'âge de chaque Assuré, le calcul de l'âge étant effectué par différence de millésime,
 - 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'adhérents. 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 Modalité de paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance par année civile complète à MSC gestion Santé - Service Prestations - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 CEDEX avec une faculté de règlement fractionné : mensuel (dans ce cas, le prélèvement automatique est obligatoire), trimestriel ou semestriel.

En cas d'adhésion en cours de période, la cotisation est calculée en fonction du nombre de mois restant à courir jusqu'à la prochaine échéance de règlement en incluant le mois en cours. Tout mois commencé est dû dans sa totalité. Le bénéfice des garanties est subordonné au règlement de l'ensemble des cotisations.

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 de l'assuré. 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 de l'assuré une lettre recommandée valant mise en demeure,
- suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre,
- résilier l'adhésion 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 l'assuré 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 de l'assuré.



Article VII

Dispositions diverses

7-1 BNC & BIC

Les cotisations versées au titre des garanties citées dans la présente notice d'information 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

Résiliation de l'adhésion

Le souscripteur peut résilier sa souscription au contrat, par lettre recommandée, avec 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).

Le souscripteur peut également résilier son adhésion dans les cas suivants :

- lorsque la réglementation modifie les conditions contractuelles ou la portée de nos engagements, nous sommes susceptibles de modifier dès l'application de cette nouvelle réglementation ou au plus tard, dès la prochaine échéance principale qui suit cette application, les modalités de l'adhésion pour l'adapter à la nouvelle situation. En cas de désaccord, le souscripteur a le droit de mettre fin à son adhésion en envoyant à l'Assureur une lettre recommandée dans les quinze jours suivant la date à laquelle il a pris connaissance des modifications. La résiliation prendra effet 30 jours après l'expédition de la lettre recommandée.
- 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 par lettre recommandée avec avis de réception dans les 3 mois suivant l'événement et prend effet un mois après sa notification.

En cas de décès du souscripteur, l'adhésion sera résiliée 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.



Renonciation

En cas d'adhésion par voie de démarchage : les dispositions suivantes issues de l'Article L. 112-9-1 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. (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

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 ».

Le souscripteur peut donc renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat (soit à compter du jour où il reçoit ses conditions particulières).

En cas d'adhésion 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 soit à compter du jour où il reçoit ses conditions particulières, soit à compter du jour où il reçoit la notice d'information et les informations conformément à l'Article L. 121-20-11 du Code de la consommation si cette date est postérieure à la date de réception du certificat d'adhésion.**

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 de l'adhérent avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

Dans tous les cas, l'exercice de ce droit à renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion, 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 - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS 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 X

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'elle jugera nécessaires ainsi que se faire communiquer les documents, pièces, comptes rendus, médicaux ou non, nécessaires au traitement du dossier.

Article XI

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 XII

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, notwithstanding 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 ».

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 XIII

Informatique et libertés

Les informations vous concernant font l'objet d'un traitement informatique soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.

L'assureur est responsable du traitement des informations, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance.

Ces informations pourront être communiquées d'une part aux assureurs et leurs collaborateurs, situés tant en France qu'au Maroc ou en Inde (en vertu d'une autorisation de la CNIL), et d'autre part aux intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants missionnés, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification relatif aux informations vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment en vous adressant à : MSC gestion Santé - Service Prestations - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX.



Article XIV

Réclamations

Pour toute difficulté, nous vous invitons à contacter en priorité votre interlocuteur habituel à l'adresse suivante : MSC gestion Santé - Service Prestations - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX.

Il est à votre disposition pour répondre à vos demandes d'informations et traiter vos éventuelles réclamations.

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur de la FFSA, personnalité indépendante, en demandant sa saisine. Ce recours est gratuit. La Direction Relations Clientèle de La Mutuelle Saint-Christophe assurances vous communiquera alors son adresse.

Le Médiateur formulera un avis dans les 3 mois à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal compétent.



Garanties assistance

ARTICLE 1 – OBJET

Le présent document reprend l'ensemble des garanties d'assistances santé à domicile dont vous bénéficiez au titre du contrat LUMINA SANTE SENIOR.

ARTICLE 2 – DÉFINITION

2.01 - Assureur :

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

2.02 - Mutuelle Saint-Christophe Assistance :

Dénomination sous laquelle agit le prestataire désigné par Mutuelle Saint-Christophe assurances.

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'habillement. 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 :

Maladie, accident.

ARTICLE 3 – DÉFINITION DES GARANTIES D'ASSISTANCE

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 oeuvre 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 oeuvre 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 a 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 a 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 2^{ème} ou 3^{ème} 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 Assurances 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 Assurances 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 Assurances repose sur une obligation de moyens et non de résultat. Mutuelle Saint-Christophe Assurances 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 GÉNÉRALES 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
- par télégramme à : « Mutuelle Saint-Christophe Assistance France » Le Carat 6 rue André Gide - 92320 CHÂTILLON

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 Assurances 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 oeuvre 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 Assurances 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 ».

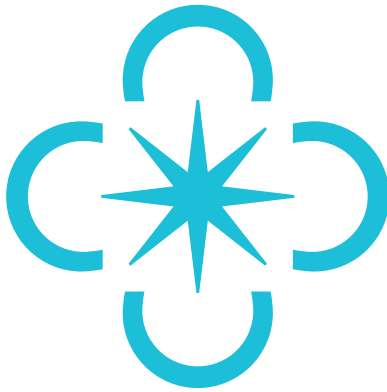
7.04 – Réclamations et médiation :

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire doit contacter Mutuelle Saint-Christophe Assistance - Service Gestion Relation Clientèle - 6, rue André Gide - 92328 Châtillon.

Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de faire appel au médiateur dont les coordonnées lui seront alors communiquées par Mutuelle Saint-Christophe Assistance et ceci, sans préjudice des autres voies d'action légales.

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.



Mutuelle Saint-Christophe assurances
277, rue Saint-Jacques - 75256 Paris cedex 05
Tél. : 01 56 24 76 00 - Fax : 01 56 24 76 27 www.saint-christophe-assurances.fr

Société d'assurances mutuelle à cotisations variables régie par le Code des Assurances
N° SIREN : 775 662 497 Opérations d'assurances exonérées de TVA - Art. 261-C du CGI