



SANTE 21

CONDITIONS GENERALES

Siège Social : 83 Avenue de la Forêt Noire
67000 STRASBOURG

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
Inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 778 868 513

TITRE I.

LES PRINCIPES DE L'ASSURANCE MALADIE

L'assurance maladie se compose d'un Régime de Base et d'un Régime Complémentaire.

CHAPITRE 1.

LES REGIMES DE BASE

Définition

Différents régimes maladie de base ont été mis en place après 1945 puis progressivement étendus à l'ensemble de la population pour couvrir de nos jours la quasi totalité des personnes résidant en France.

L'affiliation à ces régimes est le plus souvent obligatoire, c'est à dire que le seul fait de relever d'une catégorie socioprofessionnelle entraîne l'affiliation d'office au régime maladie de cette catégorie.

Parmi les différents Régimes de Base existants, on peut citer :

- ⇒ LE REGIME GENERAL DES TRAVAILLEURS SALARIES : constitue de loin le régime le plus important par le nombre de ses assurés.
- ⇒ LE RSI : le **R**égime **S**ocial des **ind**épendants : regroupe les artisans, les commerçants et les professions libérales.
- ⇒ LE REGIME AGRICOLE : concerne les exploitants agricoles.

Il existe encore bien d'autres régimes comme par exemple : les militaires, les agents de la SNCF, la police, les étudiants etc.

QUE REMBOURSENT LES REGIMES DE BASE ?

Si les Régimes de Base sont nombreux, ils calculent tous leurs remboursements à partir d'une même « Base de Remboursement », en abrégé "B.R."

Ainsi par exemple : la Base de Remboursement d'une couronne dentaire est de 107,50 €, (soit SPR 50 valeur Septembre 2008).

Autre exemple : la Base de Remboursement d'une consultation d'un médecin généraliste conventionné est de 22,00 € (valeur Septembre 2008)

A partir de ce tarif unique, chaque régime détermine son remboursement en appliquant à l'acte médical considéré le taux qui lui est propre et c'est là que se manifestent les différences entre les régimes.

Dans des cas particuliers, les taux de remboursement des Régimes de Base peuvent être plus élevés et atteindre jusqu'à 100 % de la Base de Remboursement ou du Tarif de Convention :

Exemples : accidents du travail, maladies professionnelles, maladies reconnues longues et coûteuses.

LEXIQUE

Comme dans tous les domaines, l'assurance maladie a son vocabulaire : voici quelques termes que vous pouvez rencontrer :

⇒ **BASE DE REMBOURSEMENT** (en abrégé : B.R.) : c'est le tarif qui sert de base au calcul du remboursement du Régime de Base.

⇒ **TARIF DE CONVENTION** (en abrégé : T.C.) : sert de base au calcul du remboursement du Régime de Base dans le cadre des « conventions », comme par exemple celles qui sont conclues avec les Médecins Conventionnés.

Ce terme tend à être remplacé par celui de « Base de Remboursement ».

⇒ **TARIF FORFAITAIRE DE RESPONSABILITE** :

De création plus récente, cette dénomination désigne la limitation du remboursement par les Régimes de Base à un tarif déterminé d'après la prestation la moins chère à service médical équivalent.

A ce jour, sont visés les médicaments « génériques » c'est-à-dire les médicaments dont les brevets d'invention sont tombés dans le domaine public.

Le patient est remboursé sur la base du prix de ce médicament générique, même s'il en choisit un autre.

⇒ **REMBOURSEMENT DU REGIME DE BASE** :

C'est le montant que vous rembourse votre Régime de Base :

- *Sécurité Sociale pour les salariés,*
- *Régime Maladie Obligatoire pour les non salariés, etc.*

Ce remboursement est calculé en appliquant au Tarif de Convention un pourcentage défini par chaque Régime de Base pour l'acte médical considéré.

⇒ **TICKET MODERATEUR** (en abrégé : T.M.) :

C'est la différence entre le Tarif de Convention ou le Tarif Forfaitaire de Responsabilité et le remboursement du Régime de Base.

⇒ **DEPASSEMENT** :

C'est ce qui excède le Tarif de Convention. Il n'est jamais remboursé par le Régime de Base.

⇒ **DELAI D'ATTENTE** :

C'est le délai qui sépare la date d'effet du contrat et la date à partir de laquelle les soins sont remboursés.

Les délais peuvent varier selon les garanties souscrites : ils sont précisés au bulletin d'adhésion.

⇒ **TELETRANSMISSION** :

C'est une technique qui permet l'échange de données entre systèmes d'information.

Grâce à la mise en œuvre de cette technique nous vous remboursons l'essentiel de vos prestations et soins de santé sans que vous ayez besoin de nous envoyer des documents papier.

ACTES NON REMBOURSES PAR LES REGIMES DE BASE

⇒ LES ACTES HORS NOMENCLATURE :

Il s'agit d'actes qui peuvent être prescrits médicalement et effectués par des médecins, mais que les Régimes de Base ne reconnaissent pas.

Exemple : les implants dentaires.

⇒ LES ACTES REFUSES :

Il peut arriver que bien que figurant à la nomenclature, un acte ne soit pas remboursé parce qu'il n'a pas été exécuté dans les conditions fixées par la nomenclature.

⇒ LES SPECIALITES NON RECONNUES EN FRANCE :

Il arrive que certaines spécialités, qu'il s'agisse de pratiques ou de médicaments, ne soient pas reconnues en France.

Exemple : l'ostéopathie.

Ces actes ne sont pas remboursés en tant que tels.

SOMMES NON REMBOURSEES PAR LES REGIMES DE BASE

Les Régimes de Base laissent à la charge de l'Assuré :

LE TICKET MODERATEUR :

Son montant est plus ou moins important selon le régime auquel vous êtes rattaché, l'acte médical concerné et votre situation personnelle.

LES DEPASSEMENTS :

C'est la partie qui excède le Tarif du Régime de Base : elle peut être importante dans des domaines comme :

- l'hospitalisation en " privé " ou la chambre particulière ;
- les honoraires des médecins du secteur 2 ou " conventionnés à honoraires libres " ;
- les dents ou les fournitures d'optique ;
- les prothèses médicales telles qu'auditives, orthopédiques, etc.

LA PARTICIPATION de l'assuré de 18 € pour tout acte égal ou supérieur à 91 € ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 50 (à ce jour cette participation est prise en charge par le régime local Alsace - Moselle d'assurance maladie).

LA PARTICIPATION FORFAITAIRE, LA MAJORATION DE PARTICIPATION ET LES FRANCHISES sont autant de sommes non remboursées par les régimes de base et qui restent à la charge des assurés : ces points sont expliqués au titre II sous le paragraphe « avertissement important ».

CHAPITRE 2 :LES REGIMES COMPLEMENTAIRES

Comme nous venons de le voir, le délicat problème de l'équilibre financier des régimes maladie de base a eu pour effet une augmentation des cotisations et une limitation des prestations.

Il en est résulté un accroissement au fil du temps des dépenses non prises en charge par les Régimes de Base, et tout porte à penser que ce mouvement se poursuivra dans les prochaines années.

Aussi, il est devenu indispensable aujourd'hui, et cet impératif n'ira qu'en se renforçant, de recourir à des garanties complémentaires communément appelées " LA MUTUELLE ".

LA PREVOYANCE, conformément à sa vocation, dispose de toute une gamme de garanties complémentaires maladie : « SANTE 21 »

DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX TRAVAILLEURS INDEPENDANTS

Les présentes dispositions sont relatives à la déduction du revenu imposable des cotisations de « SANTE 21 » par les assurés chefs d'entreprise individuelle.

Qui est concerné ?

La Loi du 11 Février 1994, dite 'loi Madelin », relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle concerne tous les professionnels indépendants : les dirigeants d'entreprise (gérants majoritaires), les professions libérales, les travailleurs indépendants, artisans et commerçants.

De quoi s'agit-il ?

La Loi Madelin permet au professionnel indépendant de déduire ses cotisations d'assurance volontaire de l'assiette de ses revenus imposables ainsi que de l'assiette de la CSG.

SANTE 21 est-elle concernée ?

Oui : « SANTE 21 » est une assurance complémentaire maladie et, en tant que telle, les cotisations acquittées par le professionnel indépendant et les membres de sa famille sont déductibles du revenu imposable*.

Comment bénéficier de l'avantage fiscal ?

La déduction nécessite l'adhésion du professionnel indépendant à « LA PREVOYANCE ASSOCIATION » : cette association a passé avec LA PREVOYANCE un contrat groupe dénommé « SANTE 21 ».

L'adhésion à « LA PREVOYANCE ASSOCIATION » est proposée au professionnel indépendant lors de la souscription de « SANTE 21 » : une rubrique spécifique est prévue au bulletin d'adhésion.

Attestation annuelle

Une attestation en vue de la déduction est délivrée annuellement au professionnel indépendant, en principe au début de chaque année pour les cotisations relatives à l'année civile écoulée, à la demande pour les assurés dont l'exercice ne coïncide pas avec l'année civile.

**Les éléments concernant la législation fiscale sont volontairement succincts et limités aux seuls besoins de l'exposé du principe de la déductibilité : pour une information complète et adaptée à votre situation, consultez votre expert comptable ou tout professionnel spécialiste du droit fiscal.*

TITRE II : SANTE 21

AVERTISSEMENT IMPORTANT

Le contrat que vous avez souscrit auprès de LA PREVOYANCE s'inscrit dans la législation relative aux « contrats responsables ». : ces contrats vous confèrent un certain nombre d'avantages, comme par exemple la garantie viagère dès la souscription. Ceci signifie que votre contrat ne peut être résilié en raison de l'évolution de votre état de santé, aussi longtemps que vous payez les cotisations.

En contrepartie, ces contrats ne peuvent rembourser certaines dépenses de santé que l'on peut classer en trois catégories : la participation forfaitaire, les sommes laissées à charge pour les actes hors du parcours de soins coordonné, les franchises.

LA PARTICIPATION FORFAITAIRE

Depuis le 1^{er} Janvier 2005, chaque assuré garde à sa charge une « participation forfaitaire » de 1 € pour un certain nombre d'actes médicaux (principalement les consultations, visites et analyses effectuées en dehors d'une hospitalisation).

Les enfants de moins de 18 ans, les femmes enceintes (du 6^{ème} mois de grossesse au 12^{ème} jour après la naissance) et les bénéficiaires de la CMU (Couverture Maladie Universelle) en sont exemptés.

LE PARCOURS DE SOINS COORDONNE

La loi du 13 Août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a introduit une notion nouvelle : le « parcours de soins coordonné ».

Celui-ci fait du Médecin traitant, que chaque assuré de plus de 16 ans choisit librement, le passage quasi obligé de l'accès au système de santé.

Les conséquences financières s'appliquent depuis le 1^{er} Janvier 2006 : les consultations et actes médicaux qui ne rentrent pas dans le périmètre du parcours de soins coordonné sont moins bien remboursés : de plus, les complémentaires relevant de la catégorie des contrats responsables ne peuvent prendre en charge ces déremboursements.

Ne sont plus remboursés :

- Par les régimes de base et par les complémentaires : la majoration de participation (20 % du Ticket Modérateur).
- Par les régimes complémentaires : une partie des dépassements d'honoraires des médecins,

LES FRANCHISES

La loi de financement de la Sécurité Sociale de Décembre 2007 laisse à charge des assurés (à l'exception des mineurs, des femmes enceintes et des bénéficiaires de la CMU) :

- 0,50 € par boîte de médicament ;
- 0,50 € par acte paramédical ;
- 2,00 € par transport sanitaire.

<p><i>LA PREVOYANCE, dans le cadre des contrats responsables, n'est pas autorisée à rembourser ces sommes qui restent à charge des assurés.</i></p>

LE CONSEIL DE LA PREVOYANCE

Pour bénéficier des meilleurs remboursements, respectez le parcours de soins coordonné, suivez les indications de votre médecin traitant.

CHAPITRE 1.

CONDITIONS GENERALES

CG. 1. QUEL EST SON OBJET ?

« SANTE 21 » complète le remboursement de votre Régime de Base dans une fourchette comprise entre au minimum le Ticket Modérateur, éventuellement minoré de la majoration de participation en cas de non respect du parcours de soins coordonné, et au maximum les frais réels, selon l'option choisie et dans le respect des contraintes découlant de la législation des « contrats responsables » dans le cadre desquels s'inscrit le présent contrat complémentaire maladie.

Les remboursements cumulés du Régime de Base et du ou des Régimes Complémentaires ne peuvent jamais excéder les frais réels.

CG. 2. QUI PEUT S'ASSURER ET COMMENT ?

Toute personne relevant d'un régime de base et âgée de moins de 75 ans au jour de la souscription peut s'assurer en régularisant un bulletin d'adhésion et moyennant paiement du droit d'adhésion et des cotisations.

CG. 3. LE BULLETIN D'ADHESION

C'est un document très important puisqu'il comprend tous les renseignements nécessaires à la gestion :

- désignation des personnes assurées (nom, prénom, date de naissance, numéro INSEE, adresse, lien de famille éventuel avec l'assuré social, Régime de Base),
- intitulé des garanties souscrites,
- date d'effet des garanties,
- montant de la cotisation périodique en vigueur au jour de l'établissement du bulletin d'adhésion et du droit d'adhésion.

Le bulletin d'adhésion est signé par vous et par nous : il est établi en deux exemplaires, un pour vous, l'autre pour nous.

Votre adhésion à La Mutuelle est réalisée dès la signature du bulletin d'adhésion par vous et par un représentant de La Mutuelle : à partir de ce moment, nos rapports sont régis par les présentes conditions générales, même si la date d'effet des garanties intervient par la suite.

Gardez précieusement votre exemplaire du bulletin d'adhésion : il vous permet de vérifier à tout moment vos garanties en vous reportant aux rubriques correspondantes des présentes conditions générales.

CG. 4. LES COTISATIONS

CG. 4.1. COMMENT PAYER SES COTISATIONS ?

Les cotisations sont payables annuellement d'avance, par chèque, virement ou prélèvement automatique : les frais d'échéance sont de 0,75 € par mois.

Vous pouvez opter pour le paiement mensuel, trimestriel ou semestriel sans que cette faculté puisse faire obstacle au principe du paiement annuel d'avance ou être interprétée comme dérogatoire à ce principe : dans ce cas le paiement intervient obligatoirement par prélèvement.

ATTENTION : Pensez à :

- alimenter votre compte ;
- nous indiquer toute modification pouvant affecter votre compte ;

En cas de rejet les frais resteront à votre charge.

En cas de rejet de prélèvement, celui-ci est présenté par La Mutuelle une nouvelle fois lors de l'échéance suivante et avec celle-ci : vous en êtes préalablement averti.

En cas de nouveau rejet, la totalité des sommes restant dues au titre de l'année en cours est échue et les dispositions de l'article CG. 4.2. sont applicables.

En outre, les frais de rejets sont à la charge de l'assuré.

CG. 4.2. LE DEFAULT DE PAIEMENT (ARTICLE L. 221-7 DU CODE DE LA MUTUALITE)

A défaut de paiement des cotisations ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour LA PREVOYANCE de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure.

En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation produit ces effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

LA PREVOYANCE a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'assuré 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 PREVOYANCE 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 celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrements.

CG. 4.3. COMMENT EVOLUENT LES COTISATIONS ?

En notre qualité de Mutuelle, nous adaptons constamment les cotisations à l'évolution des prestations sur la base d'études statistiques que nous effectuons régulièrement.

Les cotisations sont calculées en fonction de l'âge de nos assurés et bénéficiaires : en effet, la consommation médicale augmente, statistiquement, de manière significative avec le vieillissement.

L'âge est déterminé au 1^{er} Janvier par différence de millésime avec l'année de naissance : les tranches d'âge sont fixées de 0 à 19 ans, de 20 à 29 ans et tous les ans à partir de 30 ans et jusqu'à 65 ans.

La dernière tranche d'âge se situe à 65 ans qui coïncide le plus souvent avec la retraite et entraîne, par voie de conséquence, une stabilisation des ressources.

De plus, il faut tenir compte du régime social de chacun, les niveaux de remboursement pouvant varier d'un régime à l'autre.

Par ailleurs, les modifications intervenant dans la législation sociale peuvent avoir un impact important sur le niveau d'intervention des régimes complémentaires.

Enfin, l'augmentation de la consommation médicale qui reste supérieure à celle de l'indice général des prix et l'augmentation des tarifs médicaux doivent être prises en compte.

C'est l'Assemblée Générale qui détermine les cotisations : compte-tenu de la relative complexité de cette question, elle peut déléguer cette responsabilité au Conseil d'Administration.

CG. 5. QUELLE EST LA DATE D'EFFET DES GARANTIES ?

La date d'effet des garanties est précisée sur le bulletin d'adhésion. C'est la date à partir de laquelle vous devez payer les cotisations.

C'est aussi cette date qui correspond à « l'échéance principale », sauf en cas de modification de votre adhésion ainsi qu'il est dit au paragraphe CM. 4. ci-après.

C'est également à partir de cette date que vous pouvez obtenir le remboursement de nos prestations pour tous les soins et actes médicaux reçus ou fournitures médicales prescrites et acquises à compter de cette date, sauf pour les garanties soumises à des délais d'attente.

CG. 6. QUELLE EST LA DUREE DE L'ADHESION ?

La durée de l'adhésion est viagère, c'est à dire qu'une fois admis dans notre Mutuelle vous y restez toute votre vie quelle que soit l'évolution de votre situation ou de votre état de santé, sauf dans les cas suivants :

- démission volontaire de votre part : tous les ans, à la date d'échéance principale (se reporter au paragraphe CG. 5.) de votre adhésion vous pouvez demander votre radiation par lettre recommandée qui doit parvenir à La Mutuelle deux mois jour pour jour avant cette date.,
- Résiliation pour non-paiement des cotisations (se reporter au paragraphe CG. 4.).

CG. 7. QUE SE PASSE T-IL EN CAS DE CHANGEMENT DE REGIME DE BASE ?

Il suffit de nous signaler le changement : dès réception, nous adaptons les cotisations à votre nouvelle situation de telle sorte que le remboursement cumulé de votre nouveau Régime de Base et de votre Régime Complémentaire soit identique à celui dont vous avez bénéficié avant votre changement. (Voir chapitre 3).

CG. 8. COMMENT DEMANDER LE REMBOURSEMENT DES SOINS ?

Il suffit de nous envoyer les originaux de vos feuilles de soins ou les originaux des volets de remboursement de votre Régime de Base accompagnés, lorsqu'il y en a, des factures acquittées.

Très souvent, nous pouvons aussi vous proposer la « télétransmission » de ces données par l'organisme de gestion de votre Régime de Base : le recours à cette technique nécessite votre autorisation que nous solliciterons chaque fois qu'elle pourra être mise en œuvre.

En cas de recours à cette technique vous n'avez pas à nous transmettre de documents, sauf exception.

CG. 8. Bis TIERS PAYANT

De plus en plus de professionnels de santé pratiquent le tiers payant de base et complémentaire c'est-à-dire qu'ils réclament directement le paiement des prestations et fournitures à votre Régime Obligatoire et Complémentaire.

LA PREVOYANCE a passé de nombreuses conventions de tiers payant qui vous permettent de bénéficier de ce service. En cas d'accord du professionnel de santé, vous n'avez rien à lui payer ni à nous transmettre : nous réglons directement le professionnel de santé.

CG. 9. DANS QUELS DELAIS DEMANDER LE REMBOURSEMENT ?

Dès que vous êtes en possession des documents ci-dessus vous pouvez nous les faire parvenir et au plus tard dans les 6 mois après les soins ou l'achat des fournitures : passé ce délai, nous ne pourrons plus vous rembourser.

CG. 10. COMMENT SE PASSE LE REMBOURSEMENT ?

A chacun de vos envois de demande de remboursement nous établissons un décompte qui indique pour chaque acte ou fourniture :

- la date, la nature, le montant des frais réels,
- le montant payé par le Régime de Base,
- le montant de notre remboursement,
- le montant total de notre remboursement tous actes et fournitures confondus : ce montant est viré sur votre compte bancaire

Le décompte papier peut être remplacé par un **décompte en ligne** qui peut être consulté sur notre site internet : www.la-prevoyance.com

Si vous êtes artisan ou commerçant et que vous nous avez confié la gestion de votre régime maladie obligatoire : nous procédons en même temps au règlement de la part Régime Obligatoire et de la part Régime Complémentaire. Le décompte que vous recevez est unique mais détaille bien entendu ces deux parts.

CG. 11. LE REMBOURSEMENT DE CERTAINS FRAIS PEUT-IL ETRE REFUSE OU LIMITE ?

CG.11.1. LE REMBOURSEMENT EST REFUSE :

- en cas de non-paiement des cotisations ainsi qu'il est dit à l'article CG. 4.2. ;
- en cas de non intervention du Régime de Base, sauf les cas prévus aux conditions particulières ;
- pour les actes médicaux effectués et les fournitures médicales acquises soit antérieurement à la prise d'effet de la garantie soit postérieurement à la date de cessation de la garantie ;
- pour les actes hors nomenclatures ;
- pendant les délais d'attente lorsqu'ils s'appliquent.

CG.11.2. LE REMBOURSEMENT EST LIMITE :

Le remboursement est limité au seul Ticket Modérateur, pour les maladies, accidents, ainsi que leurs suites provoqués :

- intentionnellement ;
- par l'usage des stupéfiants non prescrits médicalement ;
- par les faits de guerre qui sont couverts par la législation particulière à intervenir ;
- par la désintégration ou la transformation du noyau atomique ;

ainsi que :

- les soins et interventions de chirurgie esthétique ainsi que leurs suites, sauf en cas de chirurgie réparatrice ou reconstructrice : la charge de la preuve incombe à l'assuré ;
- les actes médicaux effectués par des praticiens non conventionnés et les séjours dans des établissements non conventionnés ;
- les séjours effectués dans des établissements spécialisés tels que sanatorium, préventorium, aérium, centre de réadaptation ou de rééducation, les séjours en maison de repos ou de convalescence sauf s'ils font suite sans interruption à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ;
- les séjours en centre psychiatrique ;
- l'hospitalisation ou le séjour en centre de moyen et long séjour ;
- les séjours et soins en relation avec les cures.

CG. 12. EXISTE T-IL DES VOIES DE RECOURS ?

Oui, bien sûr :

- d'abord, vous pouvez toujours contacter votre interlocuteur habituel à LA PREVOYANCE ou l'un de nos conseillers ;
- de plus, vous pouvez saisir notre Conseil d'Administration en la personne de son Président ;
- enfin, vous pouvez solliciter une intervention exceptionnelle de la Commission des Prestations Sociales et Exceptionnelles (reportez-vous au Titre III : Les Plus de La Prévoyance - § 4.).

CG. 13. ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent en France Métropolitaine.

Partout ailleurs, les garanties s'appliquent pour les séjours et voyages effectués hors du territoire métropolitain ne dépassant pas trois mois consécutifs pour tous les soins pris en charge par le Régime de Base selon l'option de garantie souscrite.

CHAPITRE 2.

CONDITIONS DE GARANTIES

PREAMBULE

Les conditions de garanties définissent le contenu des garanties que vous avez souscrites et qui s'appliquent à vous, parmi l'ensemble des garanties proposées.

Votre bulletin d'adhésion indique vos garanties : reportez-vous aux rubriques correspondantes ci-après.
Exemple : Si votre bulletin d'adhésion indique " Soins courants 200 % ", reportez-vous au § CP. 3.

Lorsque les garanties sont exprimées en pourcentage (par exemple 200%), celui-ci s'applique à la « Base de Remboursement » ou au « Tarif de Convention » (définition donnée à la partie « Lexique »).

Les garanties s'entendent déduction faite du remboursement du Régime Social et de la Participation Forfaitaire pour les actes situés dans le parcours de soins coordonné.

Lorsque ces actes se situent hors du parcours de soins coordonné, ces garanties s'entendent déduction faite du remboursement du Régime Social, de la Participation Forfaitaire, de la Majoration de Participation et de la franchise légale sur les dépassements conformément à la législation en vigueur relative aux contrats responsables.

IMPORTANT

Les présentes conditions sont valables compte tenu de la législation en vigueur au jour de leur rédaction, soit en Septembre 2008.

Des modifications peuvent intervenir ultérieurement dans cette législation rendant nécessaires des aménagements : il est convenu que ces aménagements pourront valablement intervenir sur la base d'une « lettre avenant ».

CP. 1. 100 %

" 100 % " garantit dans tous les cas d'intervention du Régime de Base :

- la prise en charge du Ticket Modérateur diminué, pour les actes hors parcours de soins coordonné, de la majoration de participation,
- ainsi que la prise en charge du forfait journalier hospitalier.

CAS PARTICULIER DE LA PHARMACIE :

Les médicaments délivrés sur ordonnance médicale font l'objet d'un remboursement complémentaire limité dans tous les cas et qu'elles que soient les options de garantie souscrites à 100 % du Tarif de Convention ou du Tarif Forfaitaire de Responsabilité, chaque fois que ce dernier est applicable.

" 100 % " est la première étape de « SANTE 21 » : à partir de cette étape vous pouvez souscrire des options supplémentaires visant à garantir les dépassements dans les trois domaines suivants :

- l'hospitalisation,
- les soins courants,
- les soins exceptionnels.

CP. 2. L'HOSPITALISATION

Deux garanties peuvent être souscrites en complément de " 100 % " :

CP. 2.1. LA CHAMBRE PARTICULIERE

- En cas d'hospitalisation dans un hôpital ou une clinique conventionnée, les frais de chambre particulière sont pris en charge à hauteur des frais réels.
- En cas d'hospitalisation hors du territoire métropolitain, les frais de chambre particulière sont pris en considération dans la limite du tarif appliqué par l'Etablissement conventionné civil le plus proche du domicile en France de l'Assuré.
- Pour les enfants jusqu'à douze ans, la souscription de cette option ouvre droit à la prise en charge du lit d'accompagnement sur prescription médicale dans la limite de 10 nuits par année civile.

CP. 2.2. DEPASSEMENTS D'HONORAIRES

Les dépassements d'honoraires pour consultations, visites et chirurgie ces frais sont pris en charge dans le cadre d'une hospitalisation à hauteur des frais réels, dans la limite de 400 % de la Base de Remboursement.

CP. 3. LES SOINS COURANTS

On entend par « soins courants » toutes les fournitures et tous les soins médicaux qui ne sont pas des médicaments (ceux-ci sont traités au paragraphe CP.1. alinéa « Cas particulier de la pharmacie » ci-dessus) et qui ne relèvent ni du paragraphe CP.2. "HOSPITALISATION" ci-dessus, ni du paragraphe CP. 4. "SOINS EXCEPTIONNELS" ci-dessous.

Il s'agit notamment des consultations et visites médicales, des prothèses médicales non dentaires, des analyses de laboratoire, des actes de radiologie et d'auxiliaires médicaux, des transports.

Ces « soins courants » peuvent être garantis, au choix de l'Assuré, selon l'une des quatre possibilités ci-après :

Garantie de Base	Options		
100 %	150 %	200 %	350 %

Consultations et Visites Médicales	100 %	150 %	200 %	350 %
Prothèses non dentaires et Appareillages	100 %	150 %	200 %	350 %
Autres actes : auxiliaires médicaux, radiologie, analyses, transports	100 %	150 %	Frais réels	Frais réels

Il est rappelé que seuls les actes ayant fait l'objet d'une prescription médicale et d'une prise en charge par le régime social de base sont remboursables, à la seule exception des soins mentionnés au Titre III « LES PLUS DE LA PREVOYANCE ».

CP. 4. LES SOINS EXCEPTIONNELS

Les soins exceptionnels sont répertoriés en deux sous catégories :

- d'une part : L'OPTIQUE (CP. 4.1.),
- d'autre part : LE DENTAIRE (CP. 4.2.).

CP. 4.1. L'OPTIQUE

Les fournitures d'optique peuvent être garanties, au choix de l'Adhérent, selon l'une des quatre possibilités ci-après :

Garantie de Base	Options		
	CONFORT	PRIVILEGE	FRAIS REELS

Monture	100 %	Montant annuel : 150 €	Montant annuel : 300 €	180 €
Verres	100 %			Frais Réels
Lentilles	100 %			180 €
Chirurgie de la myopie : par œil opéré	Néant	150 €	300 €	600 €

REMARQUES IMPORTANTES :

- Les montants ci-dessous constituent le montant maximum garanti par année civile.
- Le remboursement des lunettes est limité à une paire de lunettes (deux verres et une monture) par année civile et par bénéficiaire, sauf pour les enfants de 16 ans et moins : pour ces derniers, le remboursement annuel est limité au plafond de la garantie.

CP. 4.2. LE DENTAIRE

Les soins et prothèses dentaires, l'orthodontie acceptée et l'implantologie peuvent être garantis, au choix de l'adhérent, selon l'une des quatre possibilités ci-après :

Garantie de Base	Options		
100 %	200 %	300 %	400 %

Soins Dentaires	100 %	200 %	300 %	400 %
Prothèses acceptées	100 %	200 %	300 %	400 %
Orthodontie acceptée	100 %	200 %	300 %	400 %
Implantologie (par implant)	Néant	215 €	322,50 €	430 €
Limite annuelle	Néant	Néant	1.500 €	3.000 €

Les pourcentages sont appliqués à la base de remboursement du régime social y compris le remboursement de celui-ci.

La limite annuelle s'entend par année civile et par bénéficiaire.

CP. 4.3. DELAIS D'ATTENTE SPECIFIQUES

Un délai d'attente de 6 mois s'applique systématiquement à compter de la date d'effet de l'adhésion ou de la modification aux options :

- ⇒ « FRAIS REELS » pour l'« OPTIQUE »,
- ⇒ « 400 % » pour le « DENTAIRE ».

CHAPITRE 3.

FAITES EVOLUER VOTRE COMPLEMENTAIRE MALADIE

« SANTE 21 » a été conçu pour évoluer dans le temps en fonction de :

- votre régime social ;
- la composition de votre famille ;
- vos besoins de garantie.

Voici comment vous pouvez faire évoluer votre adhésion.

CM. 1. MODIFICATION DE VOTRE REGIME SOCIAL

Il suffit de nous signaler le changement : dès réception, nous adaptons les cotisations à votre nouvelle situation de telle sorte que le remboursement cumulé de votre nouveau Régime de Base et de votre Régime Complémentaire soit identique à celui dont vous avez bénéficié avant votre changement de régime.

CM. 2. MODIFICATION DE VOTRE FAMILLE

Les modifications concernant la composition des membres de votre famille assurés interviennent à effet du 1^{er} jour du mois :

- soit de la survenance de l'évènement,
(par exemple : vie maritale, mariage, naissance, adoption, décès) ;
- soit de son signalement à LA PREVOYANCE.

CM. 3. MODIFICATION DES GARANTIES

Ces modifications peuvent consister dans l'augmentation des garanties ou leur diminution.

Les augmentations de garanties peuvent intervenir le 1^{er} jour du mois qui suit la signature par vous-même et par le représentant de La Mutuelle du bulletin d'adhésion constatant la modification : elles donnent toujours lieu à l'application de délais d'attente.

Les diminutions de garanties peuvent intervenir à l'échéance principale.

Une garantie qui aura fait l'objet d'une diminution ne pourra plus être augmentée.

CM. 4. CONSEQUENCE DE LA MODIFICATION DE VOTRE ADHESION

Toute modification de votre adhésion a pour conséquence de reporter la date d'échéance principale, telle que définie au paragraphe CG. 5. ci-dessus, au jour d'entrée en application de la modification.

TITRE II.

LES PLUS DE LA PREVOYANCE

PREVENTION

FRAIS DE VACCINATION

Toute personne adhérente à LA PREVOYANCE au titre d'une garantie complémentaire maladie a droit au remboursement à hauteur de 100 % du Tarif de Convention de la Sécurité Sociale de tout vaccin, qu'il soit ou non pris en charge par le Régime de Base, sous la seule condition qu'il fasse l'objet d'une prescription médicale.

OSTEODENSITOMETRIE

Cet examen permet de mesurer la densité osseuse.

Tout adhérent de LA PREVOYANCE a droit à la prise en charge de cet examen, qu'il soit pris en charge ou non par le Régime de Base à hauteur de 100 % du Tarif de Convention à partir de 50 ans dans la limite d'un examen tous les deux ans.

ORTHOPAN

C'est une radiographie complète de la denture.

Tout adhérent de LA PREVOYANCE a droit à la prise en charge de cet examen, qu'il soit pris en charge ou non par le Régime de Base à hauteur de 100 % du Tarif de Convention dans la limite d'un examen tous les cinq ans jusqu'à 20 ans puis tous les 10 ans.

D'un point de vue pratique, pour obtenir le remboursement de ces actes, il suffit d'adresser à LA PREVOYANCE la prescription médicale, l'identité de la personne bénéficiaire accompagnée de la facture acquittée.

FAMILLE

ENFANTS NOUVEAUX NES OU ADOPTES

Les enfants nouveau-nés ou adoptés inscrits avec leur parent ou l'un d'eux dans les 30 jours de leur naissance ou de leur adoption bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant le mois de leur naissance ou de leur adoption ainsi que pendant les trois mois qui suivent.

PRESTATIONS NON REMBOURSEES PAR LES REGIMES DE BASE

IMPLANTS DENTAIRE : LA PREVOYANCE verse une participation forfaitaire unique par implant dentaire dont le montant est fonction de l'option « DENTAIRE » souscrite et dans la limite du plafond annuel de remboursement mentionné au paragraphe CP.4.2. :

Option « DENTAIRE »	Montant
200 %	215.00 €
300 %	322.50 €
400 %	430.00 €

(soit 2 x ou 3 x ou 4 x le Tarif de Convention d'une couronne (107,50 € : valeur Septembre 2008).

OPERATION DES YEUX AU LASER : LA PREVOYANCE verse une participation forfaitaire unique par œil opéré dont le montant est fonction de l'option « OPTIQUE » souscrite :

Option « OPTIQUE »	Montant
« Confort »	150 €
« Privilège »	300 €
« Frais Réels »	600 €

ACTES D'OSTEOPATHIE ET DE CHIROPRAIXIE : LA PREVOYANCE verse une participation forfaitaire pour les actes d'ostéopathie et de chiropraxie dont le montant est fonction de l'option « SOINS COURANTS » souscrite :

Option « SOINS COURANTS »	Plafond Annuel * de Remboursement
150 %	50 €
200 %	75 €
350 %	100 €

* *Le plafond annuel de remboursement s'entend par année civile (1^{er} janvier au 31 décembre) et par bénéficiaire.*

Dans la limite de 50 % des frais réels par acte et de 3 actes par année civile et par bénéficiaire.

FRAIS DE LOCATION DE TELEVISEUR A L'HÔPITAL

Les adhérents ayant souscrit à l'option " CHAMBRE PARTICULIERE " bénéficient dans les mêmes conditions de prise en charge de celle-ci stipulées au paragraphe CP. 2. " L'HOSPITALISATION " de la prise en charge des frais de location d'un téléviseur pendant la durée de l'hospitalisation.

MODALITES DE REMBOURSEMENT

D'un point de vue pratique, le remboursement intervient sur présentation de la facture originale acquittée indiquant la date des soins (ou la période de location du téléviseur) et le montant des honoraires perçus (ou le montant de la location).

COMMISSION DES PRESTATIONS SOCIALES ET EXCEPTIONNELLES

En sa qualité de Mutuelle, LA PREVOYANCE a mis en place une « COMMISSION DES PRESTATIONS SOCIALES ET EXCEPTIONNELLES ».

Cette Commission a pour objet d'apporter une aide financière ou d'allouer des prestations exceptionnelles pour permettre aux adhérents de LA PREVOYANCE de bénéficier de prestations non expressément prévues au contrat.

La Commission est composée d'Administrateurs élus par l'Assemblée Générale avec, à sa tête un Président.

Elle est dotée d'un budget voté annuellement par l'Assemblée Générale.

Pour saisir la Commission des Prestations Sociales et Exceptionnelles, il suffit d'adresser un courrier à son Président ou de demander à votre correspondant de le faire pour vous.

Vous recevrez alors un courrier accusant réception de la saisine de la Commission et qui vous indique la date à laquelle votre demande passera en Commission.

Dès que la Commission a statué, vous êtes informé de sa décision : celle-ci n'est pas susceptible de faire l'objet d'un recours.

FIN des dispositions relatives aux garanties de l'assurance complémentaire maladie.

Les développements qui suivent sont relatifs à :

La PROTECTION JURIDIQUE : elle concerne les assurés qui résident ou sont domiciliés en Alsace qui ont souscrit cette garantie,

L'ASSISTANCE JURIDIQUE : elle concerne les assurés qui résident ou sont domiciliés hors d'Alsace et qui ont souscrit cette garantie,

PROTECTION JURIDIQUE

concerne les assurés qui résident ou sont domiciliés en Alsace qui ont souscrit cette garantie

1. DEFINITION DE « LA PROTECTION JURIDIQUE »

La Protection Juridique comporte trois niveaux de services :

1° Niveau : renseignement et consultation

Tout adhérent peut demander tout renseignement juridique par téléphone ou sur rendez-vous.

Un renseignement ou une consultation peuvent faire l'objet d'une confirmation écrite à la demande de l'adhérent : dans ce cas, elle lui sera délivrée dans la limite de 4 par année civile pour l'adhérent et les membres de sa famille garantis tels que définis à l'article 2 ci-après.

2° Niveau : conciliation

Tout adhérent peut demander la prise en charge de la défense de ses intérêts dans le cadre d'une démarche amiable destinée à résoudre le litige sans recourir à une action en justice.

Il est précisé qu'une telle démarche est obligatoire préalablement à toute action en justice : à défaut, les frais et honoraires en découlant ne sauraient être mis à la charge de LA PREVOYANCE.

Le recours à la conciliation est limité à 4 par année civile pour l'adhérent et les membres de sa famille garantis tels que définis à l'article 2 ci-après.

3° Niveau : procédure devant les tribunaux

Lorsque la conciliation n'a pas abouti à un résultat jugé satisfaisant et après accord de LA PREVOYANCE, celle-ci prend en charge les frais et honoraires d'avocat liés à une action en justice dans la limite de 4 par année civile pour l'adhérent et les membres de sa famille garantis tant en recours qu'en défense.

En cas de désaccord avec l'adhérent sur l'opportunité d'une action judiciaire et du refus de LA PREVOYANCE d'accorder sa garantie, les dispositions de l'article L 244-4 du Code de la Mutualité, rappelées à l'article « conflits d'intérêts » sont d'application.

2. PERSONNES PROTEGEES

Sont garantis les adhérents de LA PREVOYANCE, souscripteurs à titre individuel d'une garantie Complémentaire maladie ou d'une garantie « Incapacité de travail - Invalidité » et qui n'ont pas renoncé à la Protection Juridique.

En outre, le conjoint non divorcé et non séparé ainsi que les enfants mineurs assurés avec l'adhérent sont également garantis au titre de la présente convention.

CAS PARTICULIERS : lorsqu'un litige oppose l'adhérent à un autre membre de sa famille également garanti par la présente convention ainsi qu'il est dit aux alinéas ci-dessus, les garanties de la présente convention s'appliquent exclusivement à l'adhérent tel que celui-ci est désigné ci-dessus.

3. DATE D'EFFET DE LA GARANTIE « PROTECTION JURIDIQUE »

Les services de la « PROTECTION JURIDIQUE » peuvent être mis en œuvre dès la date d'effet de la garantie « complémentaire maladie » ou « Incapacité-Invalidité ».

4. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Les services de la « PROTECTION JURIDIQUE » sont assurés par :

JURIS-DIALOG – Société d'Avocats
1 Rue du Dôme – 67000 STRASBOURG
Tél. : 03.88.75.80.40

Tous les jours ouvrables : le Lundi et le Vendredi : de 8 h à 12 h et de 14 h à 17 h.
le Mardi, Mercredi et Jeudi : de 8 h à 12 h et de 14 h à 18 h.

5. DOMAINES DE LA PROTECTION JURIDIQUE

Tous les domaines du droit sont couverts dans le cadre de la présente Convention, sous les seules exceptions ci-après :

- 1. Droit pénal : les infractions, crimes et délits relevant du droit pénal ainsi que les actions civiles qui leur sont connexes sont exclues de la présente convention.**

Par dérogation, sont couvertes :

- a) les infractions et délits au code de la route, sauf celles commises sous l'emprise de l'alcool, d'un stupéfiant ou d'une substance médicamenteuse non ordonnée médicalement et celle relevant d'un défaut de permis de conduire valide.**
 - b) les infractions pénales au droit du travail**
- 2. Les litiges relevant de la compétence de tribunaux non situés en Alsace,**
 - 3. Les litiges n'impliquant pas personnellement et directement un adhérent, son conjoint ou ses enfants mineurs,**
 - 4. Les instances devant la Cour de Cassation ou le Conseil d'Etat,**
 - 5. Les consultations et conciliations faisant appel à un service non agréé par LA PREVOYANCE,**
 - 6. Les affaires dont la valeur en litige n'excède pas 500 €,**
 - 7. Les litiges dont le fait générateur est antérieur à la date d'effet de la garantie « PROTECTION JURIDIQUE ».**
 - 8. Tout évènement survenant ou déclaré après la résiliation de la garantie complémentaire maladie ou « Incapacité-Invalidité » contractée auprès de LA PREVOYANCE quand bien même le fait générateur se situerait pendant la période de garantie.**
 - 9. Enfin, les litiges relevant d'une garantie déjà accordée par ailleurs, comme par exemple par une clause de type « défense recours » incluse dans un contrat d'assurance, ne peuvent faire l'objet que d'une consultation ou d'une conciliation.**

La « défense devant les tribunaux » du présent contrat ne pourra être mise en œuvre qu'à la seule fin de faire jouer la garantie visée à l'alinéa précédent, lorsque le refus de celle-ci paraîtra manifestement non fondé.

6. ENGAGEMENT FINANCIER DE LA MUTUELLE

- 1 - Chaque adhérent a droit à la prise en charge des frais et honoraires d'un avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour le défendre, le représenter ou servir ses intérêts qu'il choisit librement.**
- 2- Les montants de toute nature qui peuvent être mis à la charge de l'adhérent par un jugement ne sont pas couverts par la garantie.**
- 3- Principe indemnitaire : lorsque l'adhérent se voit accorder par le Tribunal ou la Cour le défraiement de sommes au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, de convention l'adhérent reversera ces sommes à La Prévoyance après déduction éventuelle des frais qu'il aura exposés pour la procédure.**
- 4 - En tant que de besoin, il est précisé que cette stipulation ne vise en aucun cas les sommes ou indemnités de toute nature accordées par jugement à l'adhérent à tout autre titre.**

7. LIBRE CHOIX DE L'AVOCAT OU D'UNE PERSONNE QUALIFIEE

En vertu de l'article L 224-3 du Code de la Mutualité, l'adhérent exerce son libre choix d'un mandataire de justice. Les frais et honoraires seront remboursés à l'adhérent sur présentation des justificatifs d'usage dans les limites ci-après :

Assistance à une mesure d'instruction ou d'expertise, tutelle	229 €
Juridiction statuant en référé	229€
Tribunal de Police, Tribunal d'Instance	305€
Tribunal des affaires de Sécurité Sociale, Prud'hommes	382 €
Toute autre juridiction de 1 ^o instance non expressément prévue	382 €
Tribunal de Grande Instance, Tribunal correctionnel	458 €
Tribunal administratif, Appel	534 €

8. TVA

Les adhérents dont l'activité est soumise à TVA et lorsque la question traitée relève de cette activité sont tenus d'acquitter cette TVA à l'avocat sur présentation de la note d'honoraires.

Il leur appartient de mettre en œuvre leur droit à récupération de la TVA ainsi acquittée.

9. CONFLITS D'INTERÊTS

Les alinéas de ce paragraphe reprennent les dispositions de l'article L 224-4 du Code de la Mutualité :

« En cas de désaccord entre LA PREVOYANCE et l'adhérent sur les mesures à prendre pour régler un différend, cette difficulté est soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties, ou à défaut par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme de référés.

Les frais exposés pour l'exercice de cette faculté sont à la charge de LA PREVOYANCE. Toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme de référés peut en décider autrement lorsque le bénéficiaire a mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si le membre participant a engagé à ses frais la procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par LA PREVOYANCE, celle-ci l'indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action dans la limite de la garantie, telle que définie à l'article 7 ci-dessus.

Lorsque la procédure prévue au 1^o alinéa du présent article est mise en œuvre, le délai de recours contentieux est suspendu pour toutes les instances juridictionnelles qui sont couvertes par la garantie d'assurance de protection juridique et que l'assuré est susceptible d'engager en demande, jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur ».

10. SECRET PROFESSIONNEL (article L 224-6 Code de la Mutualité)

Le personnel de LA PREVOYANCE qui peut avoir à connaître des informations données par un bénéficiaire pour les besoins de la cause est tenu par le secret professionnel dans les conditions et sous les peines fixées aux articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal.

11. COTISATIONS

La présente garantie « PROTECTION JURIDIQUE » est acquise moyennant paiement d'une cotisation par adhérent de :

3 € par mois

La cotisation est appelée sur le même bordereau et payable en même temps que la garantie « complémentaire maladie » ou « Incapacité-Invalidité » à laquelle elle est rattachée.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction dans les 10 jours de son échéance, LA PREVOYANCE, conformément à l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, adresse à l'adhérent une mise en demeure l'informant des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

A défaut de paiement dans les 30 jours après la mise en demeure, la garantie est suspendue : l'adhérent est informé qu'à l'expiration de ce délai le défaut de paiement entraîne la résiliation du contrat.

Si, à l'expiration du délai de 30 jours mentionné ci-dessus, la cotisation demeure impayée, le contrat est résilié de plein droit, indépendamment du droit pour LA PREVOYANCE de réclamer en justice le paiement des cotisations échues.

12. RENONCIATION A LA GARANTIE

En cas de renonciation, l'adhérent peut opter ultérieurement pour la garantie. Dans ce cas, la PROTECTION JURIDIQUE fait l'objet d'une confirmation écrite et comporte nécessairement un délai d'attente de 6 mois.

Pendant ce délai, la cotisation est due : la mise en œuvre de la garantie n'est possible qu'à l'expiration de ce délai de 6 mois et uniquement pour les événements dont le fait générateur est postérieur.

13. ENGAGEMENTS DE LA PREVOYANCE

LA PREVOYANCE s'engage à apporter une réponse sous 48 heures à toute demande de renseignement ou de consultation d'un adhérent.

Exceptionnellement, lorsque la question posée ou le domaine abordé nécessite des recherches particulières, l'adhérent sera avisé dans ce délai des conditions dans lesquelles une réponse pourra lui être apportée.

14. FIN DE LA « PROTECTION JURIDIQUE »

Il est mis fin pour chaque adhérent et bénéficiaire aux services de la présente « PROTECTION JURIDIQUE » au jour où l'adhérent et - ou le bénéficiaire perd sa qualité de membre de la Mutuelle.

Les procédures engagées devant les tribunaux au jour de la résiliation sont poursuivies jusqu'à leur terme.

Par contre, n'est pas garanti, ainsi qu'il est dit à l'alinéa 8 de l'article 5, tout événement survenant ou déclaré après la résiliation quand bien même le fait générateur se situerait pendant la période de garantie.

ASSISTANCE JURIDIQUE

concerne les assurés qui résident ou sont domiciliés hors Alsace qui ont souscrit cette garantie

1. DEFINITION DE L'ASSISTANCE JURIDIQUE

Tout adhérent à « SANTE 21 », à jour de cotisations, bénéficie de l'ASSISTANCE JURIDIQUE telle que définie ci-après.

On entend par adhérent, le souscripteur à titre individuel d'un contrat Complémentaire maladie dénommé « SANTE 21 ».

A ce titre, tout adhérent peut demander tout renseignement juridique par téléphone.

Un renseignement peut faire l'objet d'une confirmation écrite à la demande de l'adhérent : dans ce cas, elle lui sera délivrée dans la limite de quatre par année civile pour l'adhérent et les membres de sa famille garantis tels que définis à l'article 2 ci-après.

2. PERSONNES PROTEGEES

Outre les adhérents à la garantie complémentaire maladie « SANTE 21 », sont garantis le conjoint ou concubin ainsi que les enfants mineurs assurés avec l'adhérent.

CAS PARTICULIERS : lorsqu' une question ou un litige juridique concerne ou oppose plusieurs personnes protégées dans le cadre d'un même contrat complémentaire maladie, l'ASSISTANCE JURIDIQUE bénéficie exclusivement au souscripteur tel que celui-ci est désigné ci-dessus.

3. DATE D'EFFET ET CESSATION DE LA GARANTIE «ASSISTANCE JURIDIQUE »

L'assistance juridique prend effet à la date d'effet du contrat complémentaire maladie : elle cesse le jour de la résiliation de ce contrat.

4. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

LA PREVOYANCE a délégué la gestion de l'Assistance Juridique à :

- **JURIS-DIALOG, Société d'Avocats,**
 - **1 Rue du Dôme**
 - **67000 STRASBOURG**

- **Tél. : 03 88 75 80 40.**

Le service est accessible tous les jours ouvrables de 9 à 12 heures et de 14 à 17 heures.

L'adhérent est invité à communiquer à JURIS-DIALOG les informations permettant son identification, à savoir : ses nom, prénom, adresse et, dans la mesure du possible, son numéro de contrat complémentaire maladie.

5. DOMAINES DE L'ASSISTANCE JURIDIQUE

Il est rappelé que la présente ASSISTANCE JURIDIQUE se limite au renseignement téléphonique avec possibilité, pour l'adhérent, de demander une confirmation écrite dans la limite de quatre par année civile.

Toute autre prestation ne relève pas de la présente garantie : elle peut toutefois faire l'objet d'un accord entre l'adhérent et JURIS-DIALOG ou tout autre cabinet d'avocats que l'adhérent choisit librement.

Tous les domaines du droit sont couverts, sous les seules exceptions ci-après :

- 1. Droit pénal : les infractions, crimes et délits relevant du droit pénal ainsi que les actions civiles qui leur sont connexes.**

Par dérogation, sont couvertes :

- **les infractions et délits au code de la route, sauf celles commises sous l'emprise de l'alcool, d'un stupéfiant ou d'une substance médicamenteuse non ordonnée médicalement et celle relevant d'un défaut de permis de conduire valide.**
- **les infractions pénales au droit du travail**

- 2. Les affaires déjà pendantes devant une juridiction ainsi que celles qui lui sont annexes ou connexes,**
- 3. Les consultations faisant appel à un service non agréé par LA PREVOYANCE.**

6. SECRET PROFESSIONNEL (article L 224-6 Code de la Mutualité)

Le personnel de LA PREVOYANCE qui peut avoir à connaître des informations données par un bénéficiaire pour les besoins de la cause est tenu par le secret professionnel dans les conditions et sous les peines fixées aux articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal.

7. COTISATIONS

La présente garantie est acquise moyennant paiement d'une cotisation par adhérent de **1,25 € par mois**.

La cotisation est appelée sur le même bordereau et payable en même temps que la garantie « complémentaire maladie ».

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction dans les 10 jours de son échéance, LA PREVOYANCE, conformément à l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, adresse à l'adhérent une mise en demeure l'informant des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

A défaut de paiement dans les 30 jours après la mise en demeure, la garantie est suspendue : l'adhérent est informé qu'à l'expiration de ce délai le défaut de paiement entraîne la résiliation du contrat.

Si, à l'expiration du délai de 30 jours mentionné ci-dessus, la cotisation demeure impayée, le contrat est résilié de plein droit, indépendamment du droit pour LA PREVOYANCE de réclamer en justice le paiement des cotisations échues.