

PREAMBULE

Les présentes conditions générales ont été rédigées par l'UMGP en collaboration avec ses mutuelles membres (Cf. ORGANISMES MUTUALISTES) et la SAS LUTECEA afin de faciliter l'information destinée à leurs adhérents et clients et améliorer la compréhension de leurs rôles et obligations respectifs.

Le présent document porte les règlements mutualistes des mutuelles membres de l'UMGP pour les produits commercialisés par la société LUTECEA et la société UNI ASSURANCES sous la marque AZUR MUTUELLE.

Le présent document constitue avec les statuts de la mutuelle apéritrice et le bulletin d'adhésion, le contrat d'assurance.

Le présent document est composé de deux parties principales. La première partie décrit le contenu des garanties dont le risque est porté par les mutuelles. La seconde partie décrit les garanties dont le risque est porté par d'autres organismes d'assurance.

Chaque produit souscrit est constitué par une garantie principale dont le risque est porté par une mutuelle qui sera désignée par le terme « apéritrice ».

Le produit pourra en outre comporter une ou plusieurs autres garanties supplémentaires dont le risque est porté par la même mutuelle, une autre mutuelle membre de l'UMGP ou un autre organisme d'assurance.

ORGANISMES PORTEURS DE RISQUES OU INTERVENANT DANS LA GESTION OU LA COMMERCIALISATION DES PRODUITS AZUR MUTUELLE

ORGANISMES MUTUALISTES

Les organismes mutualistes sont des mutuelles ou des unions qui relèvent du Code de la mutualité, et non du Code des Assurances. Il s'agit d'organismes qui relèvent de l'économie solidaire et sociale, qui n'ont pas d'actionnaires et dont la gouvernance est élue démocratiquement par les adhérents.

Les garanties présentées dans la « PARTIE I – Règlement mutualiste » sont couvertes la **Société Mutualiste des Étudiants de la Région Parisienne (SMEREP)** est établie à Paris, au 25 rue Trébois – 92300 LEVALLOIS PERRET. Elle est régie par le Code de la mutualité et est soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Conformément à l'article R.414-1 du Code de la mutualité, elle est immatriculée sous le numéro SIREN 775 684 780.

La SMEREP est membre de l'**Union Mutualiste Générale de Prévoyance (UMGP)**, Union de Mutuelles soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° 316 730 662, dont le siège social est situé au 25 Rue Trébois – 92300 LEVALLOIS PERRET– Tel : 09 71 09 07 07.

L'UMGP est représentée par Hugues DE GRANDI, son Président.

L'UMGP gère l'encaissement des cotisations, la liquidation, et le paiement des prestations et des sinistres pour le compte de ses mutuelles membres.

INTERMEDIAIRES

SAS LUTECEA : Société par Actions Simplifiée au capital social de 10.000 euros, dont le siège social est situé 10 rue Léon Paulet - 13008 MARSEILLE – Tel : 09 71 09 07 07, et immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Marseille sous le numéro SIREN 845 181 379 - Code APE 672 Z – N° ORIAS : 19 002 840.

La SAS LUTECEA est représentée par Pierre AUGIAS, son Président.

Le capital de la SAS LUTECEA est exclusivement détenu par les ORGANISMES MUTUALISTES mentionnés ci-avant. La SAS LUTECEA est rémunérée par des commissions de courtage incluses dans la cotisation.

La SAS LUTECEA intervient en tant que courtier gestionnaire et est mandaté par la société UNI ASSURANCES pour assister le client ou son représentant pour le choix de sa garantie et la souscription du contrat.

UNI ASSURANCES : Société par Actions Simplifiée au capital social de 1.000 euros, dont le siège social est situé 341 rue de Paradis - 13008 MARSEILLE, et immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Marseille sous le numéro SIREN 917 435 760 – Code APE ; 4791 B - N° ORIAS : 22 007 374.

La SAS UNI ASSURANCES est représentée par Alexandre Bellanger, son Président.

La société UNI ASSURANCES est le courtier distributeur du produit. Il gère la relation partenariale avec les EHPAD prescripteurs partenaires et coordonne la distribution du produit. La société UNI ASSURANCES est rémunérée par des commissions de courtage incluses dans la cotisation. Elle mandate la société LUTECEA pour le représenter auprès des adhérents ou de leur représentant et notamment lors de souscription du contrat.

ORGANISMES D'ASSURANCE PARTENAIRES

Les organismes d'assurance partenaires sont des organismes qui dépendent du Code des Assurances ou du Code de la mutualité et qui garantissent des risques que les ORGANISMES MUTUALISTES ne sont pas en mesure ou ne sont pas habilités à porter mais que ces derniers ont souhaité inclure dans leurs produits. Les garanties présentées dans la « PARTIE II – Notice d'information » sont couvertes par **AXA France IARD** - SA régie par le Code des Assurances, - au capital de 214 799 0300 euros, sise 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex - immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 722 057 460.

AUTRES ORGANISMES PARTENAIRES

SUD COURTAGES ET CONSEIL (S2C) - SARL au capital de 7 622,45 euros, sise 432 Bd Michelet 13009 Marseille - Tel : 04 91 16 47 12 – Courriel : - SARL au capital de 7 622,45 euros – immatriculée au RCS Marseille B 395 214 646 00022 - Code APE 672 Z – N° ORIAS : 07 030 727.

La société S2C intervient en tant qu'intermédiaire entre les ORGANISMES MUTUALISTES ou la SAS LUTECEA et les ORGANISMES D'ASSURANCES PARTENAIRES. Elle intervient également, selon le produit concerné, en tant que courtier gestionnaire de sinistre pour des garanties présentées dans la « PARTIE II – Notice d'information ». La Société S2C est rémunérée par des commissions de courtage incluses dans la prime d'assurance.

ALMERYS - SAS au capital de 40 000 euros sise 46, rue du Ressort 63967 Clermont-Ferrand Cedex 9 – immatriculée au RCS Clermont-Ferrand 432 701 639, intervient en tant que gestionnaire des flux de Tiers Payant pour les garanties complémentaire santé.

PARTIE 1 – REGLEMENT MUTUALISTE

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 : Définitions

Accident corporel : l'accident corporel est défini comme toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime l'adhérent et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure ainsi que toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle.

Sont assimilés aux accidents corporels :

- les infections causées directement par un accident garanti, à l'exclusion de toute infection résultant de l'intervention humaine après un accident garanti ;
- les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives ;
- l'asphyxie due à l'action involontaire de gaz ou de vapeurs ;
- la noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté ;
- les gelures, coups de chaleur, insolation ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écroulement, avalanche et inondation ;
- les lésions corporelles résultant d'agression ou d'attentat dont l'adhérent serait victime sauf s'il est prouvé qu'il aurait pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements.

Adhérent : personne physique mentionnée au bulletin d'adhésion et membre participant de la Mutuelle

Apériteur/Mutuelle apéritrice : Mutuelle désignée comme telle sur le bulletin d'adhésion, à laquelle adhère le membre participant et qui, outre le fait de porter le risque principal, coordonne la gestion de l'ensemble des garanties incluses dans le contrat.

BRSS : la base de remboursement de la Sécurité sociale est un tarif de référence servant à calculer le montant du remboursement de l'Assurance maladie. Une BRSS est attribuée à chaque dépense de santé prise en charge par Sécurité sociale. On parle aussi de « Tarif de convention » (TC).

Carte de Tiers Payant : carte qui atteste des droits à la complémentaire santé et qui permet au bénéficiaire de ne pas avancer les frais auprès des professionnels de santé dès lors que ceux-ci acceptent son usage.

Contrat : ensemble contractuel organisant les relations entre l'adhérent et la Mutuelle.

Cotisation : la cotisation désigne la somme que l'adhérent verse la Mutuelle pour que celle-ci soit engagée par les garanties souscrites au contrat.

Date de fin de garantie : la date de fin de garantie peut être indiquée dans le bulletin d'adhésion (pour des contrats à durée ferme), ou correspondre à la date de résiliation des garanties.

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. La description détaillée de ces dispositifs se trouve sur le site internet de l'Assurance Maladie : ameli.fr.

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il s'agit d'établissements médicalisés où sont hébergées des personnes âgées dépendantes. Pour être admis en EHPAD, la personne âgée doit avoir au moins 60 ans et avoir besoin de soins et d'aide quotidiens pour les actes de la vie courante.

Honoraires limites de facturation (HLF) : Les honoraires limites de facturation des actes et prestations effectués par les chirurgiens-dentistes, sont définis en annexe de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie du 21 juin 2018 modifiée.

Liquidation : opération de calcul et de remboursement des prestations couvertes par les garanties.

Membre participant : le statut de membre participant est défini par les statuts de la Mutuelle.

Membre honoraire : le statut de membre honoraire est défini par les statuts de la Mutuelle.

Mutuelle : Mutuelle désignée comme telle sur le bulletin d'adhésion, à laquelle adhère le membre participant et qui, outre le fait de porter le risque principal, coordonne la gestion de l'ensemble des garanties incluses dans le contrat.

Notice d'information : la notice d'information est un document qui décrit précisément les garanties dont le risque est porté par un organisme d'assurance partenaire et non par la Mutuelle.

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. Dispositif de pratique tarifaire.

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique. Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins de secteur 2. La description détaillée du dispositif se trouve sur le site internet de l'Assurance Maladie : ameli.fr.

Prestations : ce terme définit ce qui doit être fourni ou accompli par l'assureur. Il s'agit soit d'une somme d'argent, soit d'un service.

Panier de soins « 100% santé » : il s'agit d'un ensemble d'actes de soins et d'équipements remboursés conjointement à 100% par la Sécurité sociale et la complémentaire santé. Le panier de soins est une notion qui est issue de la réforme 100% santé.

Prime : la prime désigne le prix fixé par l'assureur en contrepartie de la garantie qu'il fournit à l'adhérent. La prime peut être comprise dans la cotisation au titre du paiement des garanties non portées par la Mutuelle mais par un autre assureur.

Prix Limite de vente (PLV) : Prix maximum que les professionnels peuvent pratiquer pour les actes et soins qui composent le panier de soins « 100% Santé » dans les secteurs de l'optique et l'audiologie tels que définis à la liste des produits et prestations remboursables par la Sécurité sociale, prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale (LPP).

Produit mutualiste et/ou d'assurance : ensemble de garanties couvertes par un même contrat.

Produit mutualiste /produit d'assurance : le produit d'assurance est constitué de l'ensemble des garanties mentionnées au bulletin d'adhésion. Il peut être appelé produit mutualiste dès lors que l'apériteur du contrat est une Mutuelle.

Réforme 100% santé : La réforme du « 100 % Santé » est mise en œuvre à travers la réglementation relative aux contrats responsables. Le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optiques, aides auditives et soins prothétiques dentaires a ainsi étendu le périmètre de couverture des contrats responsables afin d'améliorer l'accès aux soins des assurés dans les trois grands secteurs précités, dont le remboursement fait l'objet des restes à charge les plus élevés.

Sinistre : évènement couvert au contrat qui se réalise et qui pourrait donner lieu à une indemnisation de la part de l'assureur.

SSR : Soins de suite et de Réadaptation qui sont dispensés par un établissement spécialisé, le plus souvent après une intervention chirurgicale, un accident ou encore une maladie.

Statuts : es statuts d'un organisme mutualiste organisent sa vie institutionnelle et fixent les droits et obligations réciproques entre l'organisme et ses adhérents en lien avec le fonctionnement général de l'organisme.

Ticket modérateur : Le ticket modérateur est défini par les articles L160-13 et suivants du Code de la Sécurité sociale et correspond à la partie qui reste à la charge du bénéficiaire après remboursement de la Sécurité sociale.

Tiers Payant : Mécanisme permettant à un patient de ne pas avoir à avancer tout ou partie des frais de ses dépenses de santé.

USLD : Unité de soins longue durée. Il s'agit de structures d'hébergement et de soins qui accueillent majoritairement des personnes âgées de plus de 60 ans.

Article 2 : Objet

Conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque la Mutuelle et ses membres participants (ces derniers étant ci-après dénommés adhérents).

À l'égard des adhérents, le contrat est constitué par :

- le bulletin d'adhésion,
- les statuts,
- le présent règlement mutualiste.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des statuts et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Le règlement mutualiste s'applique sans préjudice des dispositions du Code de la mutualité. Les dispositions du règlement mutualiste peuvent être modifiées par le Conseil d'Administration de la Mutuelle dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Les modifications sont opposables aux adhérents dès qu'elles leur sont notifiées.

Les déclarations des adhérents servent de base au contrat, elles lient les parties.

Article 3 : Entrée en vigueur du contrat

Le contrat entre en vigueur le lendemain à 0h00 du jour de la signature du bulletin d'adhésion. Les garanties incluses dans un même produit mutualiste et/ou d'assurance peuvent avoir des dates de prise d'effet différentes.

Article 4 : Adhésion et couverture

La signature du bulletin d'adhésion entraîne l'adhésion à la Mutuelle, ce qui implique la participation de l'adhérent à la vie institutionnelle de la mutuelle dont l'organisation est définie et décrite par ses statuts.

L'adhérent accepte ainsi de recevoir par courriel les informations en lien avec l'actualité de la Mutuelle et d'être sollicité pour ses échéances institutionnelles. La souscription du contrat mutualiste permet à l'adhérent de bénéficier des garanties également mentionnées au bulletin d'adhésion.

L'ensemble des garanties mentionnées au bulletin d'adhésion constitue un produit mutualiste et/ou d'assurance. Pour chaque garantie, l'organisme qui porte le risque est mentionné au bulletin d'adhésion en tant qu'assureur.

Article 5 : Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires d'une garantie sont les adhérents.

Article 6 : Conditions d'adhésion et de renouvellement des produits de la gamme Azur Mutuelle

Être âgé de plus de 60 ans, résider habituellement en France dans un EHPAD et bénéficier d'un régime obligatoire de sécurité sociale français. La souscription est possible uniquement pour les résidents permanents au sein des EHPAD, les résidents temporaires et les résidents en accueil de jour sont exclus.

Le membre participant doit impérativement produire une attestation d'hébergement dans un EHPAD.

Ces conditions doivent être réunies au jour de la souscription et à chaque date anniversaire du contrat pour permettre sa reconduction.

Article 7 : Cotisations et frais encourus en cas de retard ou défaut de paiement

7-1 : Cotisations

L'adhérent s'engage au paiement d'une cotisation qui est affectée pour partie à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle et pour partie à la couverture du risque porté par d'autres organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance. Le montant de la cotisation varie selon la garantie choisie par l'adhérent.

Les montants des garanties de la gamme Azur Mutuelle sont les suivants :

	Azur Hospi	Azur	Azur Confort	Azur Plus
Tarifs mensuels (€), Régime général	69 €	88 €	116 €	158 €

Sont comprises dans cette cotisation, les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions, fédérations), dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

L'adhérent peut bénéficier sans frais supplémentaires d'un paiement fractionné.

En cas de paiement fractionné, le nombre de prélèvements est de 12 mensualités égales.

Les prélèvements sont effectués au choix du membre participant entre le 05, le 10 et le 25 du mois suivant la date de souscription.

Dans le cas où le jour choisi (05, 10, 25) est antérieur au jour du mois de début de couverture, le premier prélèvement sera effectué le mois suivant et son montant sera de deux mensualités correspondant au mois passé et au mois en cours.

En raison de contraintes bancaires, un prélèvement ne peut être lancé qu'au moins une semaine après la date de signature du contrat. De fait, dans le cas où la date correspondant à « jour de la date de signature + 7 jours » serait supérieure à la date de début de couverture, le montant du premier prélèvement sera là aussi de deux mensualités, comme expliqué au paragraphe précédent.

Aucun prélèvement ne sera lancé avant la date de début de couverture, sauf exception liée au paiement d'un éventuel acompte, décidé en accord avec l'adhérent.

7-2 : Frais encourus en cas de retard ou défaut de paiement

Pour percevoir leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

En cas de retard dans le paiement des cotisations, tous les frais de recouvrement (frais de recommandé, frais bancaires, frais d'huissier, etc...) sont à la charge du membre participant défaillant.

Lorsque le défaut de paiement résulte d'un rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque impayé, la Mutuelle imputera au membre participant les frais dus ou engagés pour obtenir les montants des cotisations dues.

Article 8 : Ouverture des droits aux prestations

8-1 : Ouverture des droits

L'ouverture des droits intervient à la date choisie par l'adhérent lors de la souscription et au plus tôt le lendemain de la date de signature du bulletin d'adhésion, sous réserve de la réception de l'attestation d'hébergement en EHPAD, et de l'encaissement de la première cotisation.

8-2 : Fin des droits

La fin des droits intervient à la date de fin de garantie mentionnée sur le bulletin d'adhésion. En l'absence de mention, les droits s'arrêtent à la date résiliation de la garantie.

8-3 : Date prise en compte pour l'appréciation des droits aux prestations

Pour l'appréciation des droits aux prestations, les dates suivantes sont retenues :

- Date des soins pour les professionnels de santé exécutants (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires, établissements, transports) et les forfaits,
- Date de délivrance pour les professionnels de santé fournisseurs (pharmacies, opticiens, audioprothésistes, fournisseurs),
- Date de l'accident mentionné sur le procès-verbal ou la déclaration circonstanciée en l'absence de procès-verbal pour les accidents corporels.

Article 9 : Durée et tacite reconduction**9-1 : Durée**

Les garanties sont souscrites pour une durée minimale de 12 mois.

9-2 : Tacite reconduction

La période de couverture se renouvelle par tacite reconduction, d'année en année, pour une durée de 12 mois sauf dénonciation par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, adressée par l'adhérent à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance.

En application de la loi Chatel n°2005-67 du 28 janvier 2005, reprise dans les dispositions de l'article L221-10-1 du Code de la mutualité, la date limite d'exercice par l'adhérent du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, l'adhérent est informé dans cet avis, du fait qu'il dispose d'un délai de vingt jours à compter de la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de rétractation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié, satisfaisant à des exigences définies par décret.

Article 10 : Changement de niveau garantie en cours d'année

Le changement de garantie en cours d'année n'est possible que pour une garantie supérieure et au sein de la même gamme de complémentaires santé, dans la limite d'une fois par année et moyennant le paiement par l'adhérent de la différence entre la cotisation de la garantie initiale et celle due au titre de la garantie supérieure, pour la période restant à courir. Ce changement ne peut pas être rétroactif. La date d'effet de la nouvelle garantie devra faire l'objet d'un accord entre l'adhérent et la Mutuelle.

Article 11 : Rétractation

En application des dispositions légales, l'adhérent peut renoncer à sa demande d'adhésion. Il dispose à cet effet d'un délai de quatorze jours, à compter de la date de souscription pour exercer son droit et obtenir la restitution intégrale des cotisations versées. De la même manière, l'adhérent a l'obligation de rembourser sous 30 jours les sommes éventuellement versées dans le cadre des garanties du contrat.

Pour l'exercice de ce droit de rétractation, l'adhérent peut :

- Adresser une lettre de rétractation à l'adresse suivante : UMGP – CS 70010 – 13272 Marseille Cedex 08
- Utiliser le formulaire de contact disponible à l'adresse suivante : <https://www.umgp.fr/contact>.

Article 12 : Prescription

Toutes les actions dérivant de l'adhésion au présent règlement mutualiste sont prescrites, c'est-à-dire ne peuvent plus être exercées au-delà de deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Article 13 : Modalités de résiliation à l'initiative de l'adhérent

13-1 : Résiliation annuelle

L'adhérent peut résilier son contrat tous les ans en adressant, à la mutuelle, une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux mois avant la date d'échéance.

13-2 : Résiliation à tout moment après un délai d'un an

L'adhérent peut résilier son contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalité.

La notification de cette dénonciation se fait au choix de l'adhérent :

- Soit par lettre à l'adresse suivante : UMGP - CS 70010 - 13272 Marseille Cedex 08, ou sur tout autre support durable,
- Soit par le formulaire de contact disponible à l'adresse suivante : <https://www.umgp.fr/contact>.

La résiliation prend effet un mois après la réception par la Mutuelle de la notification dont cette dernière devra confirmer par écrit la réception.

13-3 : Résiliation exceptionnelle en cours d'année

Pour l'ensemble des motifs de résiliation ci-après, conformément à l'article L 221-17 du Code de la mutualité, la fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification. La mutuelle ou l'union rembourse à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Article 14 : Suspension et résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations

Conformément à l'article L221-7 du Code de la mutualité : « *Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle ou l'union de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.* »

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

Lors de la mise en demeure, l'adhérent 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 00h00, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle ou à l'union la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 15 : Le fonds d'entraide

Dans le cadre de son action sociale et de solidarité, la Mutuelle peut accorder, par le biais de son fonds d'entraide, des allocations exceptionnelles à ses adhérents ainsi qu'à leurs ayants droit lorsque leur situation le justifie.

La situation s'apprécie à la date retenue pour l'examen du droit aux prestations.

Le fonds d'entraide a pour vocation à :

- Aider les adhérents subissant des difficultés exceptionnelles en prenant en charge une partie de leurs cotisations relevant du régime maladie complémentaire ;
- Permettre le remboursement de prestations non statutaires chaque fois que l'adhérent de la Mutuelle se trouve dans une situation exceptionnelle et d'une gravité certaine.

Modalités d'attribution du fonds :

Toute personne souhaitant être bénéficiaire d'une allocation au titre du fonds d'entraide soumet au Conseil d'Administration de la Mutuelle une demande motivée et étayée par des pièces justificatives. C'est au Conseil d'Administration en premier et en dernier ressort qu'il appartient d'étudier les demandes qui lui sont soumises soit pour les accepter, soit pour les rejeter et ce totalement ou partiellement.

Constitution du fonds :

La constitution du fonds est assurée par une dotation dont le montant est voté annuellement par l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Article 16 : Traitement des réclamations – Médiation – Autorité de contrôle**16-1 Les réclamations**

Le service réclamations de la Mutuelle peut être saisi par l'adhérent selon l'une des voies suivantes :

- Par courrier : le courrier accompagné des pièces justificatives doit être adressé à UMGP - CS 70010 - 13272 Marseille Cedex 08 ;
- Par téléphone : au 09 78 45 21 25 du lundi au vendredi de 9h à 18h.

16-2 La médiation

La médiation est un mode de règlement des litiges, hors des voies judiciaires et contentieuses, privilégiant la recherche d'une entente entre les parties.

Elle permet par l'intervention d'un tiers indépendant et impartial, le médiateur, de résoudre le différend grâce à un processus amiable et confidentiel. Le médiateur ne peut être saisi par l'adhérent ou par la Mutuelle, sous peine d'irrecevabilité, qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à la Mutuelle et ce dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation que l'adhérent a adressé à la Mutuelle.

Le médiateur intervient dans le cadre des offres de complémentaire santé uniquement. Les modalités de saisine du médiateur sont les suivantes.

Toute demande de médiation doit être formulée soit :

- par lettre, à l'adresse suivante : Médiateur de la FNIM – 4, Avenue de l'Opéra – 75001 Paris ;
- par courriel : mediateur@fnim.fr

Pour consulter la charte de médiation : www.fnim.fr/mediation-de-la-fnim.html

16-3 L'autorité de contrôle

En application de l'article L 510-1 du Code de la Mutualité le contrôle de l'Etat sur les mutuelles, unions et fédérations régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Pour joindre cette Autorité Administrative Indépendante (AAI) :

- Adresser un courrier à l'adresse suivante : Banque de France, demande ACPR TSA 50120 - 75035 PARIS CEDEX 01 ;
- Téléphoner au 34 14 (prix d'un appel local) ;
- Se connecter sur leur site internet : www.abe-infoservice.fr.

Article 17 : Protection des données personnelles

Le traitement des informations personnelles recueillies par la Mutuelle est effectué sous la responsabilité de cette dernière et exclusivement aux fins de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet et en conformité avec les dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016.

Les données personnelles détenues dans le cadre de la gestion pour compte de tiers sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant.

Aucune donnée personnelle traitée ou détenue ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

La Mutuelle a mis en place des mesures de sécurité techniques, physiques et administratives afin d'assurer la confidentialité des données personnelles traitées ou détenues. Les données personnelles des adhérents sont conservées pendant la durée de leur adhésion à la Mutuelle et pendant la durée du délai de prescription tel que visé à l'article L.221-11 du Code de la mutualité.

Tout adhérent de la Mutuelle ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité (lorsqu'il s'applique) et d'opposition à toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle. Il peut exercer ces droits en s'adressant au service DPO de la Mutuelle à l'adresse dpo@umgp.fr.

Article 18 : Droit applicable – langue des échanges entre les Mutuelle et les membres participants

Le présent règlement mutualiste, ainsi que l'ensemble des droits et obligations en découlant, sont régis par le droit français. La langue officielle des échanges, tant écrits que verbaux, entre les adhérents et la Mutuelle est le français.

GARANTIES FRAIS DE SANTE

Article 19 : Nomenclature des gammes et garanties frais de santé

Les garanties frais de santé sont les suivantes :

- Frais de santé Azur Hospi désignée par « Azur Hospi »
- Frais de santé Azur désignée par « Azur »
- Frais de santé Azur Confort désignée par « Azur Confort »
- Frais de santé Azur Plus désignée par « Azur Plus »

Ces garanties sont indistinctement désignées par le terme « Frais de santé gamme Azur ».

L'ensemble des produits d'assurance comprenant une garantie « Frais de santé gamme Azur » constitue la gamme « AZUR Mutuelle ».

Article 20 : Objet des garanties frais de santé

Les garanties frais de santé ont pour objet de couvrir les adhérents en cas d'hospitalisation, de maladie ou d'accident intervenant en France.

Article 21 : Etendue territoriale des garanties frais de santé

Les garanties complémentaires santé couvrent les frais engagés sur le territoire français.

Article 22 : Dispositions générales concernant les garanties frais de santé

Conformément aux dispositions de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire. Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent excéder le montant des sommes réellement engagées par le bénéficiaire ou par le biais du tiers payant au professionnel de santé. La Mutuelle intervient en complément des prestations servies par les Régimes d'Assurance Maladie Obligatoires ou sur des montants forfaitaires, indiqués aux tableaux des garanties.

Les garanties, de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, l'adhérent peut obtenir l'indemnisation en s'adressant auprès de l'organisme de son choix.

Les garanties Frais de santé gamme Azur couvrent selon le niveau de garantie, tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, dentaires, d'analyses et d'examens de laboratoire, de radiologie, de transports et de matériel médical, de prothèses et d'appareillage restant à la charge de l'adhérent après intervention d'un régime obligatoire français de Sécurité sociale. Elles permettent aussi le remboursement de forfait sans intervention préalable de la Sécurité sociale.

Les montants remboursés sont calculés en fonction soit :

- D'un taux de remboursement exprimé en % du BRSS. Tous les taux indiqués dans les présentes conditions générales et notamment aux tableaux des garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale.
- D'un forfait. Les forfaits sont remboursés à hauteur des dépenses engagées par l'adhérent et ne peuvent dans aucun cas dépasser les montants indiqués dans les tableaux des garanties annexés aux présentes conditions générales.

Les tableaux des garanties annexés aux présentes conditions générales indiquent les types de prestations garanties, les taux de remboursement, ainsi que les montants et les conditions d'attribution des forfaits et des principales limitations appliquées aux garanties frais de santé gamme Azur.

Toute modification des prestations et des taux de remboursement par l'Assurance Maladie qui viendrait à être supérieure à 50 % par rapport aux tarifs et aux taux de remboursement de référence figurant sur le tableau de garanties n'entraînera pas pour autant une compensation financière supplémentaire payée par la Mutuelle à l'adhérent pour la partie allant au-delà des 50 % de modification des tarifs et de taux de remboursement par l'Assurance Maladie.

En revanche, la Mutuelle assurera, financièrement et elle seule, toute modification en cours d'année allant jusqu'à 50 % de modification des tarifs et des taux de remboursement de la Sécurité sociale par rapport aux tarifs et aux taux de remboursement de référence sur les tableaux des garanties.

Article 23 : Limitations et exclusions communes aux garanties frais de santé

23-1 Limitation des soins courants et d'hospitalisation

Limitation du forfait journalier hospitalier

La prise en charge du forfait journalier hospitalier sur la base des tarifs en vigueur à la date de l'hospitalisation, mentionné à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, avec ou sans limitation de durée en fonction des niveaux de garantie de la gamme Azur, ne concerne que le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Pour les garanties « Azur Hospi », « Azur » et Azur Confort », la prise en charge du forfait journalier hospitalier est limitée à 30 jours par an dans un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et à 15 jours par an dans un établissement psychiatrique. La garantie « Azur Plus » prend quant à elle en charge le forfait journalier sans limitation de durée.

Limitation des dépassements d'honoraires

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (DPTAM) est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- La prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif de responsabilité ;

- Elle doit être inférieure à la prise en charge pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent au DPTAM, en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'Assurance Maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas au DPTAM).

Ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'Assurance Maladie. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec cette dernière, la base de remboursement qui est retenue est celle du tarif d'autorité.

23-2 Limitation concernant les équipements d'optique

Les équipements d'optique médicale, définis à l'article L.5211-1 du Code de la santé publique, sont composés de deux verres correcteurs et d'une monture.

Les équipements (verres et montures) remboursés par la Sécurité sociale sont classés en deux groupes (classes A et B) par la Liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale :

- la classe A (« panier 100% Santé ») : les verres et montures relevant de la classe A bénéficient d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires. Ils sont donc sans reste à charge pour l'assuré dans la limite des prix limites de vente.
- et la classe B (« panier prix libres ») : les prix des verres et montures relevant de la classe B sont déterminés librement et peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré.

[Le « panier 100% Santé » : verres ou montures appartenant à la classe A](#)

Sont pris en charge à hauteur des frais exposés par l'adhérent, en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des prix limites de vente (PLV), dans les conditions définies par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) :

- Deux verres et une monture appartenant à la classe A,
- La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents,
- Le supplément pour les verres avec filtre de classe A,

Dans les conditions définies par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP).

[Le « panier prix libres » : verres ou montures appartenant à la classe B](#)

Conformément à la Circulaire n°DSS/SD2A/SD3C/SD5B/S25D/2019/116 du 29 mai 2019 portant sur les contrats responsables, le forfait optique est attribué pour l'achat d'un équipement composé d'une monture et de 2 verres correcteurs. Les plafonds de prise en charge de ces équipements sont indiqués aux tableaux des garanties annexés aux présentes conditions générales.

Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond limite qui s'applique. La prise en charge de la prestation d'appairage facturée pour des verres de classe A, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur en cas de renouvellement, n'est pas incluse dans les plafonds limites.

Les limites incluent la part des dépenses remboursées par la Sécurité sociale et le Ticket Modérateur.

[Périodicité de renouvellement des équipements d'optique médicale](#)

Sous réserve des dérogations listées ci-dessous, les garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus.

Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux adultes et aux enfants de 16 ans et plus, est réduite à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) dans les cas de dégradation des performances oculaires visés dans la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D.4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières précisées par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention sur l'ordonnance de la situation médicale particulière.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire. En outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, la Mutuelle s'assure de l'absence de prise en charge durant lesdites périodes au titre d'un contrat responsable souscrit auprès d'elle par l'adhérent ou l'ayant droit concerné.

Lorsque le bénéficiaire acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour le bénéficiaire ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces assurés, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties du contrat peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements, sur la période correspondant à son cas, corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus ;
- Une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces assurés, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance. La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...).

La garantie Optique permet également le remboursement d'un équipement mixte d'optique médicale composé de verres de classe B et d'une monture de classe A ou inversement. Dans ce cas, le plafond limite de prise en charge appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, les éléments de l'équipement relevant de la classe A étant pris en charge intégralement dans la limite des prix limites de vente et déduit dudit plafond.

23-3 Limitations concernant les soins et prothèses dentaires

Dans le cadre de la réforme du « 100% santé », la convention dentaire organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie a défini une liste d'actes prothétiques, dits actes « à entente directe ». Ces actes sont répartis entre trois paniers de soins définis à l'annexe V de la convention dentaire :

- Le panier 100 % Santé, sans reste à charge : actes à entente directe limitée (application des honoraires limites de facturation (HLF) sans reste à charge.
- Le panier à tarifs maîtrisés : actes à entente directe limitée (application des HLF) avec reste à charge.
- Le panier à tarifs libres : actes à entente directe libre (pas d'HLF) avec reste à charge.

- Prise en charge à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'adhérent, en sus des tarifs de responsabilité :
 - o dans la limite des honoraires maximaux de facturation,
 - o pour les actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge tels que définis dans la convention du 17 juin 2018 modifiée,
 - o aux dates fixées par voie règlementaire.

Pour les garanties « Azur Hospi », « Azur » et Azur Confort », non responsables, la prise en charge des actes du Panier 100% Santé en dentaire est limitée respectivement à 150%, 200% et 250% du tarif de convention et dans limite des honoraires limites de facturation (HLF) : un reste à charge s'appliquera. La garantie « Azur Plus », responsable, prend quant à elle en charge l'intégralité des actes du Panier 100% santé en dentaire, sans reste à charge.

23-4 Les aides auditives

Dans le cadre du « 100 % santé », les aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie ont été définies et classées en deux groupes (classe 1 et classe 2) selon leurs caractéristiques techniques, par voie règlementaire.

Le panier 100 % Santé (Aides auditives de Classe 1)

Les aides auditives 100 % Santé (classe 1) font l'objet d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires, elles sont donc, en fonction des niveaux de garantie de la gamme Azur, sans reste à charge pour l'assuré **dans la limite des prix limites de vente (PLV)**.

Pour les garanties « Azur Hospi », « Azur » et Azur Confort », non responsables, la prise en charge des actes du Panier 100% Santé (Aides auditives de Classe 1) est limitée respectivement à 125%, 175% et 250% du tarif de convention et dans limite des Prix Limites de Vente (PLV) : un reste à charge s'appliquera. La garantie « Azur Plus », responsable, prend quant à elle en charge l'intégralité des actes du Panier 100% Santé (Aides auditives de Classe 1), sans reste à charge.

Aides auditives hors 100 % Santé (Aides auditives de Classe 2)

Les aides auditives hors 100 % Santé (classe 2) peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré.

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, en cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 2, la garantie permet le remboursement, par aide auditive :

- Au minimum du Ticket Modérateur et,
- Au maximum d'une somme égale à 1700 euros. Ce plafond inclut la part des dépenses prise en charge par l'Assurance Maladie et le Ticket Modérateur. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

Périodicité de renouvellement des dispositifs d'aide auditive

Qu'elle que soit la catégorie de garantie choisie, la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive à l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. Ces règles tiennent compte des quatre années antérieures. L'appréciation de la période de quatre ans se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire. La Mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant ladite période.

23-5 Exclusions du champ d'application des garanties frais de santé

Sont toujours exclus :

- Les frais de santé relatifs à des soins, dont les dates de réalisation sont antérieures à la date d'ouverture de droits de la garantie ou postérieure à la date de fin de garantie ne pourront donner lieu à remboursement. De plus tout séjour en établissement hospitalier, dont la date d'entrée est antérieure à la date d'ouverture de droits de la garantie, ne pourra pas donner lieu à remboursement.
- Les actes et les soins prodigués qui sont pratiqués gratuitement en l'absence du présent contrat.
- Les soins consécutifs à des actes ayant un but esthétique ou de rajeunissement et n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge par un régime d'Assurance Maladie français.
- Les actes ou les prescriptions ne figurant pas aux nomenclatures des actes et prescription de la Sécurité sociale sauf forfait spécifique explicitement mentionné aux tableaux des garanties.
- Les soins médicaux non prescrits par une autorité médicale titulaire des diplômes ou autorisations requis en France où elle est légalement habilitée à la pratique de son art, ou ceux inutiles du strict point de vue médical sauf forfait spécifique explicitement mentionné aux tableaux des garanties.

Article 24 : Limitations et exclusions spécifiques à chaque garantie frais de santé

24-1 Limitations et exclusions spécifiques à la garantie « Azur Hospi »

Cette garantie est non responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :

- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins secteur 1 et DPTAM est limité à 130% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins non DPTAM et des frais de séjour est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement du forfait journalier (frais d'hébergement et d'entretien dû à l'hôpital) est limité à 30 nuits par personne et par an en établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), et à 15 nuits par personne et par an en établissement médico-social, psychiatrique, neuropsychiatrique ;
- En cas d'hospitalisation, le remboursement de la chambre particulière est limité à 15 jours par an et à 30€ par jour
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes secteur 1, DPTAM et non DPTAM est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des spécialistes secteur 1 et DPTAM est limité à 130% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des spécialistes non DPTAM est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des actes médicaux, des actes d'imagerie médicale, de la radiologie, des analyses et examens de laboratoire, des transports remboursés par la Sécurité sociale, ainsi que des honoraires des auxiliaires médicaux est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des médicaments remboursables par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse)
- Concernant le matériel médical figurant sur la liste LPPR, le remboursement des bandages, cheville, attelle, prothèse (autre que dentaire) et des semelles orthopédiques est limité à 130% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), le remboursement du grand appareillage (fauteuils roulants, lits ...) est quant à lui limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse)
- En cas d'équipement appartenant au Panier 100% Santé optique, la prise en charge est intégrale et limitée au PLV ;
- Le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge, ce forfait est de : 150€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples, 205€ pour un

- équipement composé d'une monture et de deux verres mixtes à complexes, 225€ pour un équipement composé d'une monture + 2 verres très complexes ;
- Le remboursement des soins et prothèses du Panier 100% Santé dentaire est limité à 150% du tarif de convention dans la limite des HLF ;
 - Le remboursement des soins dentaires hors 100% Santé est limité à 120% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
 - Le remboursement des Inlay ou Onlay et des prothèses dentaires hors 100% Santé est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
 - Le remboursement des équipements auditifs Panier 100% Santé est limité à 125% du tarif de convention dans la limite des PLV ;
 - Le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), un forfait vient compléter ce remboursement dans la limite de 100€ par an, le montant du remboursement global ne pourra excéder 1700€ par an (part Sécurité sociale incluse) ;
 - Le remboursement des piles et de l'entretien de l'appareil auditif remboursés par la Sécurité sociale est limité à 125% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
 - Le remboursement des séances de podologie, de pédicurie, d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie, d'acupuncture et d'ergothérapie est limité à 20€ par séance et à 100€ par an ;
 - Le remboursement des vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale est limité à 70€ par an.

Risques exclus :

- Les cures thermales
- La pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale
- Les transports non remboursés par la Sécurité sociale
- L'implantologie et la parodontologie non remboursées par la Sécurité sociale
- Les séances de nutrition ou de diététique
- Les vaccins non prescrits médicalement
- Les actes et consultations hors parcours de soins

24-2 Limitations et exclusions spécifiques à la garantie « Azur »

Cette garantie est non responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :

- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins secteur 1 et DPTAM est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins non DPTAM est limité à 125% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- En cas d'hospitalisation, le remboursement des frais de séjour est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement du forfait journalier (frais d'hébergement et d'entretien dû à l'hôpital) est limité à 30 nuits par personne et par an en établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), et à 15 nuits par personne et par an en établissement médico-social, psychiatrique, neuropsychiatrique ;
- En cas d'hospitalisation, le remboursement de la chambre particulière est limité à 20 jours par an et à 40€ par jour
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes secteur 1 et DPTAM est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes non DPTAM est limité à 125% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des spécialistes secteur 1 et DPTAM est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des spécialistes non DPTAM est limité à 125% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;

- Le remboursement des actes médicaux, des actes d'imagerie médicale, de la radiologie, des analyses et examens de laboratoire, des transports remboursés par la Sécurité sociale, ainsi que des honoraires des auxiliaires médicaux est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des médicaments remboursables par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse)
- Le remboursement de la pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale est limité à 30€ par an ;
- Le remboursement des transports non remboursés par la Sécurité sociale est limité à 150€ par an ;
- Concernant le matériel médical figurant sur la liste LPPR, le remboursement des bandages, chevillière, attelle, prothèse (autre que dentaire) et des semelles orthopédiques est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), le remboursement du grand appareillage (fauteuils roulants, lits ...) est quant à lui limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse)
- En cas d'équipement appartenant au Panier 100% Santé optique, la prise en charge est intégrale et limité au PLV ;
- Le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge, ce forfait est de : 225€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples, 250€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres mixtes à complexes, 275€ pour un équipement composé d'une monture + 2 verres très complexes ;
- Le remboursement des soins et prothèses du Panier 100% Santé dentaire est limité à 200% du tarif de convention dans la limite des HLF ;
- Le remboursement des soins dentaires hors 100% Santé est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des Inlay ou Onlay et des prothèses dentaires hors 100% Santé est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement de l'implantologie et de la parodontologie non remboursées par la Sécurité sociale est limité à 100€ par an ;
- Le remboursement des équipements auditifs Panier 100% Santé est limité à 175% du tarif de convention dans la limite des PLV ;
- Le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), un forfait vient compléter ce remboursement dans la limite de 250€ par an, le montant du remboursement global ne pourra excéder 1700€ par an (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des piles et de l'entretien de l'appareil auditif remboursés par la Sécurité sociale est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), un forfait vient compléter ce remboursement à hauteur de 20€ par an ;
- Le remboursement des séances de podologie, de pédicurie, d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie, d'acupuncture et d'ergothérapie est limité à 20€ par séance et à 130€ par an ;
- Le remboursement des vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale est limité à 100€ par an.

Risques exclus :

- Les cures thermales
- Les séances de nutrition ou de diététique
- Les vaccins non prescrits médicalement
- Les actes et consultations hors parcours de soins

24-3 Limitations et exclusions spécifiques à la garantie « Azur Confort »

Cette garantie est non responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :

- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins secteur 1 et DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;

- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins non DPTAM est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- En cas d'hospitalisation, le remboursement des frais de séjour est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement du forfait journalier (frais d'hébergement et d'entretien dû à l'hôpital) est limité à 30 nuits par personne et par an en établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), et à 15 nuits par personne et par an en établissement médico-social, psychiatrique, neuropsychiatrique ;
- En cas d'hospitalisation, le remboursement de la chambre particulière est limité à 20 jours par an et à 50€ par jour
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes secteur 1 et DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes non DPTAM est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des spécialistes secteur 1 et DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des spécialistes non DPTAM est limité à 150% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des actes médicaux, des actes d'imagerie médicale, de la radiologie, des analyses et examens de laboratoire, ainsi que des honoraires des auxiliaires médicaux est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des transports remboursés par la Sécurité sociale est limité à 130% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des médicaments remboursables par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse)
- Le remboursement de la pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale est limité à 40€ par an ;
- Le remboursement des transports non remboursés par la Sécurité sociale est limité à 200€ par an ;
- Concernant le matériel médical figurant sur la liste LPPR, le remboursement des bandages, chevillière, attelle, prothèse (autre que dentaire) et des semelles orthopédiques est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), le remboursement du grand appareillage (fauteuils roulants, lits ...) est quant à lui limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse)
- En cas d'équipement appartenant au Panier 100% Santé optique, la prise en charge est intégrale et limité au PLV ;
- Le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge, ce forfait est de : 275€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples, 325€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres mixtes à complexes, 350€ pour un équipement composé d'une monture + 2 verres très complexes ;
- Le remboursement des soins et prothèses du Panier 100% Santé dentaire est limité à 250% du tarif de convention dans la limite des HLF ;
- Le remboursement des soins dentaires hors 100% Santé est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des Inlay ou Onlay et des prothèses dentaires hors 100% Santé est limité à 250% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement de l'implantologie et de la parodontologie non remboursées par la Sécurité sociale est limité à 150€ par an ;
- Le remboursement des équipements auditifs Panier 100% Santé est limité à 250% du tarif de convention dans la limite des PLV ;
- Le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), un forfait vient compléter ce remboursement dans la limite de 500€ par an, le montant du remboursement global ne pourra excéder 1700€ par an (part Sécurité sociale incluse) ;

- Le remboursement des piles et de l'entretien de l'appareil auditif remboursés par la Sécurité sociale est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), un forfait vient compléter ce remboursement à hauteur de 25€ par an ;
- Le remboursement des séances de podologie, de pédicurie, d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie, d'acupuncture et d'ergothérapie est limité à 25€ par séance et à 180€ par an ;
- Le remboursement des vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale est limité à 120€ par an.

Risques exclus :

- Les cures thermales
- Les séances de nutrition ou de diététique
- Les vaccins non prescrits médicalement
- Les actes et consultations hors parcours de soins

24-4 Limitations et exclusions spécifiques à la garantie « Azur Plus »

Cette garantie est responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Risques limités :

- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins secteur 1 et DPTAM est limité à 240% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- En cas d'hospitalisation, le remboursement des honoraires et des actes des médecins non DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- En cas d'hospitalisation, le remboursement des frais de séjour est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- En cas d'hospitalisation, le remboursement de la chambre particulière est limité à 20 jours par an et à 50€ par jour
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes secteur 1 et DPTAM est limité à 240% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des généralistes non DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des spécialistes secteur 1 et DPTAM est limité à 240% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des consultations médicales des spécialistes non DPTAM est limité à 200% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des actes médicaux, des actes d'imagerie médicale, de la radiologie, des analyses et examens de laboratoire, ainsi que des honoraires des auxiliaires médicaux est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des transports remboursés par la Sécurité sociale est limité à 130% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
- Le remboursement des médicaments remboursables par la Sécurité sociale est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse)
- Le remboursement de la pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale est limité à 55€ par an ;
- Le remboursement des transports non remboursés par la Sécurité sociale est limité à 250€ par an ;
- Concernant le matériel médical figurant sur la liste LPPR, le remboursement des bandages, chevillière, attelle, prothèse (autre que dentaire) et des semelles orthopédiques est limité à 300% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), le remboursement du grand appareillage (fauteuils roulants, lits ...) est quant à lui limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse)
- En cas d'équipement appartenant au Panier 100% Santé optique, la prise en charge est intégrale et limité au PLV ;
- Le forfait pour un équipement composé d'une monture et de deux verres est limité à un montant maximum par personne pour une période de 2 ans à compter de la dernière prise en charge, ce forfait est de : 400€ pour un équipement composé d'une monture et de deux verres simples, 425€ pour un

- équipement composé d'une monture et de deux verres mixtes à complexes, 450€ pour un équipement composé d'une monture + 2 verres très complexes ;
- Le remboursement des soins et prothèses Panier 100% Santé dentaire est intégral dans la limite du HLF ;
 - Le remboursement des soins dentaires hors 100% Santé est limité à 250% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
 - Le remboursement des Inlay ou Onlay et des prothèses dentaires hors 100% Santé est limité à 350% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse) ;
 - Le remboursement de l'implantologie et de la parodontologie non remboursées par la Sécurité sociale est limité à 300€ par an ;
 - Le remboursement des équipements auditifs Panier 100% Santé est intégral dans la limite du PLV ;
 - Le remboursement des appareils et prothèses médicales classe II est limité à 100% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), un forfait vient compléter ce remboursement dans la limite de 1250€ par an, le montant du remboursement global ne pourra excéder 1700€ par an (part Sécurité sociale incluse) ;
 - Le remboursement des piles et de l'entretien de l'appareil auditif remboursés par la Sécurité sociale est limité à 300% de la BRSS (part Sécurité sociale incluse), un forfait vient compléter ce remboursement à hauteur de 35€ par an ;
 - Le remboursement des séances de podologie, de pédicurie, d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie, d'acupuncture et d'ergothérapie est limité à 30€ par séance et à 250€ par an ;
 - Le remboursement des vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale est limité à 140€ par an.

Risques exclus :

- Les cures thermales
- Les séances de nutrition ou de diététique
- Les vaccins non prescrits médicalement

Article 25 : Caractère responsable ou non responsable des garanties frais de santé

En application des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, les garanties responsables respectent les prises en charge définies strictement par les articles R.871-1 et R.871-2 du même code et leurs textes d'application.

Conformément à la législation en vigueur relative aux contrats responsables, l'intégralité de la participation des assurés (c'est-à-dire du Ticket Modérateur) définie à l'article R.160-5 du Code de la Sécurité sociale est prise en charge, à l'exception de celle due au titre des prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article (sauf si la prise en charge est expressément prévue dans le tableau de garanties) et sous réserve des périodicités de prise en charge fixées aux articles 13.2.2 et 13.2.4 ci-après).

Sont également prises en charge, dans le cadre de la réforme du « 100% Santé », selon les conditions et modalités définies aux présentes conditions générales, les équipements d'optique médicale, d'aide auditive et les frais de soins dentaires prothétiques.

Pour rappel, la garantie frais de santé dite responsables est la suivante : la garantie frais de santé « Azur Plus ».

Pour rappel, les garanties frais de santé dites non responsables sont les suivantes : les garanties frais de santé « Azur Hospi », « Azur » et « Azur Confort ».

Article 26 : Limitations et exclusions communes aux garanties frais de santé dites responsables

Ne sont pas pris en charge conformément à la réglementation concernant les garanties dites responsables :

- La participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;
- Les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 III du Code de la Sécurité sociale ;
- La majoration de la participation des membres participants et leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non-désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ;
- Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la Sécurité sociale ;
- Tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge est exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application.

PARTIE 2 – NOTICE D'INFORMATION

POLICE D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE n° 1743420304

Police n° 1743420304 souscrite par SUD COURTAGE ET CONSEIL (« S2C ») - 432, Bd Michelet 13009 Marseille - Tel : 04 91 16 47 12 – Fax : 04 91 16 47 11 – Courriel : gestion@sud-courtage.fr - SARL au capital de 7 622,45 euros – RCS Marseille B 395 214 646 00022 - Code APE 672 Z – N° ORIAS : 07 030 727.

Assureur : AXA France IARD - 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex - SA au capital de 214 799 030 - 722 057 460 RCS Nanterre. Conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances, la présente Notice a été établie par AXA France IARD en sa qualité d'assureur du contrat.

Police n° 1743420304 souscrite par SUD COURTAGE ET CONSEIL (« S2C ») - 432, Bd Michelet 13009 Marseille - Tel : 04 91 16 47 12 – Fax : 04 91 16 47 11 – Courriel : gestion@sud-courtage.fr - SARL au capital de 7 622,45 euros – RCS Marseille B 395 214 646 00022 - Code APE 672 Z – N° ORIAS : 07 030 727.

Assureur : AXA France IARD - 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex - SA au capital de 214 799 030 - 722 057 460 RCS Nanterre.

Conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances, la présente Notice a été établie par AXA France IARD en sa qualité d'assureur du contrat.

Article 1 : Définitions spécifiques à la Responsabilité Civile

Accidents : Événement soudain, imprévu et extérieur à la victime et à la chose endommagée constituant la cause de dommages corporels ou matériels.

Assuré : Les adhérents des ORGANISMES MUTUALISTES tels que définis dans le préambule des présentes conditions générales qui ont adhéré à la présente police et pour lesquels la présente police est mentionnée au bulletin d'adhésion. Les enfants mineurs dédits adhérents, s'ils sont fiscalement à sa charge. Toutes personnes assurant la garde bénévole desdits enfants et seulement dans le cas d'un dommage causé par l'un de ces enfants.

Courtier : S2C – Sud Courtage et Conseil – 432, Bd Michelet – 13009 Marseille.

Dommages Corporels : toute atteinte corporelle subie par une personne physique.

Matériels : détérioration ou destruction d'une chose ou substance, toute atteinte physique à un animal.

Immatériels : préjudice pécuniaire résultant de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien meuble ou immeuble, de la perte de bénéfice réel, lorsqu'ils sont directement consécutifs à un dommage corporel ou matériel garanti par ce contrat.

Dommages exceptionnels : Dommages résultant de l'action du feu, de l'eau, des gaz et de l'électricité, de la pollution, de l'effondrement des ouvrages ou constructions, des glissements de terrain, des avalanches, des intoxications alimentaires, de l'écrasement ou de l'étouffement dus à la panique, de l'utilisation des moyens de transports publics quels qu'ils soient.

Franchise : La somme qui reste en tout état de cause à la charge de l'Assuré sur le montant de l'indemnité due par l'Assureur. La franchise s'applique par sinistre, quel que soit le nombre de victimes.

Nous : AXA FRANCE IARD

Sinistre : Événement susceptible de mettre en jeu la garantie

Souscripteur : S2C – Sud Courtage et Conseil – 432, Bd Michelet – 13009 Marseille

Tiers : Toute personne autre que :

- l'Assuré tel qu'il est défini ci-dessus,
- les ascendants ou descendants de l'Assuré responsable du sinistre. Toutefois, en cas de dommages subis par les membres de la famille ayant la qualité d'Assuré, ou les ascendants et descendants visés à l'alinéa précédent, la garantie s'applique aux prestations que la Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance pourrait réclamer au Souscripteur ou à toute autre personne assurée,
- les préposés de l'assuré responsable dans l'exercice de leurs fonctions sauf dans le cadre des recours de droit commun.

Article 2 : Préambule de la police n°1743420304

La présente police garantit l'Assuré tel qu'il est défini à l'article 1.

Les garanties prennent effet dès lors que la qualité d'adhérent d'une Mutuelle signataire est acquise. Pour les groupements d'assurés (clients de Mutuelles ou des cabinets captifs), les garanties sont acquises après déclaration par listing nominatif adressé au Courtier.

Les garanties du présent contrat ne seront plus acquises aux Assurés dès qu'ils cesseront d'être adhérents des Mutuelles signataires ou des groupements visés dans la définition de l'assuré, soit pour des raisons statutaires, soit pour non-renouvellement de leur cotisation.

Les évènements couverts par la police sont :

- les activités de la vie privée (y compris scolaires et universitaires),
- les activités sportives, à l'exception de celles exclues par ailleurs,
- les stages rémunérés ou non, conseillés ou ordonnés par l'établissement d'enseignement
- l'exercice occasionnel du baby-sitting et de cours particuliers
- la chasse sous-marine

Article 3 : Objet de la garantie Responsabilité civile

L'assureur garantit l'assuré contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité Civile pouvant lui incomber en application des articles 1240 à 1243 du Code Civil en raison des dommages corporels, matériels et immatériels qui en sont directement la conséquence, causés aux Tiers au cours ou à

l'occasion des activités définies ci-dessus et provenant du fait :

- de l'assuré.
- de son personnel domestique en service.
- des animaux domestiques lui appartenant ou dont il a la garde à titre gratuit.
- des choses lui appartenant ou dont il a la garde, notamment :
 - o de l'usage des cycles sans moteur et de leurs remorques,
 - o de tous véhicules mus à la main,
 - o de remorques de camping ou de caravanes sauf lorsque, attelées ou non à un véhicule automobile tracteur, elles sont assujetties à l'obligation d'assurance automobile selon les termes des articles L211 -1 et suivants du Code des Assurances, de l'outillage et des appareils ménagers, de l'outillage de jardin avec ou sans moteur, sous réserve que ce matériel ne soit pas soumis à l'obligation d'assurance automobile,
 - o de l'intoxication ou de l'empoisonnement causés par les boissons et aliments servis à sa table.
- de l'usage, à son insu ou à l'insu de son conjoint, par un de ses enfants mineurs d'un véhicule terrestre à moteur ne lui appartenant pas et dont il n'est pas gardien autorisé. Cette garantie s'applique également aux dommages subis par le véhicule. Dans tous les cas, la garantie s'applique tant aux dommages causés aux tiers qu'à ceux subis par le véhicule à la suite d'un accident. Toutefois, elle n'interviendra qu'en l'absence de tout contrat d'assurance relatif au véhicule considéré.
- de la pratique de tous les sports non exclus ci-après, même au cours de compétitions, pourvu qu'elles soient réservées à des amateurs.
- d'une personne qui lui prête assistance à titre gratuit, sous réserve toutefois que l'intervention de cette personne soit occasionnelle et inopinée.
- des dommages causés à un enfant dont il aurait la garde en qualité de simple particulier et à titre gratuit.
Cette garantie est étendue à la pratique occasionnelle ou régulière du baby-sitting.
- des dommages occasionnés au matériel (animaux compris) dont il a l'usage, lorsque ce matériel lui est confié dans le cadre d'un stage de formation, rémunéré ou non, ordonné ou conseillé par l'établissement d'enseignement (y compris les stages de formation agricole).
- des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers, à l'occasion de ses activités de stagiaire qu'il est appelé à effectuer en sa qualité d'étudiant, y compris au cours de déplacements, notamment par les SAMU, SMUR, lors de convois sanitaires. La garantie s'applique également aux accidents de trajet.

Sont notamment considérées comme tiers les personnes physiques et morales de droit privé ou de droit public accueillant l'assuré (y compris leur personnel).

Il est précisé que nous renonçons au recours que, comme subrogé dans les droits de l'assuré, il serait en droit d'exercer contre ces personnes.

Article 4 : Objet de la garantie Défense recours

En cas de litige vous opposant à un tiers, l'Assureur garantit :

- la mise en œuvre, par les voies amiables ou judiciaires, des moyens nécessaires à la sauvegarde de vos droits et intérêts,
- la prise en charge, dans la limite de la garantie, du coût d'intervention de tout auxiliaire de justice, des frais et dépens, y compris les frais d'expertise qui vous incombent.

4-1 Champ d'application

L'Assureur intervient :

- pour votre défense pénale, si vous êtes l'objet de poursuites ayant pour fait générateur un événement dont la garantie est prévue au contrat, ou à la suite d'un délit ou d'une contravention en matière de circulation des piétons et des bicyclettes sans moteur ;
- en recours amiable ou judiciaire à l'encontre du responsable identifié du dommage corporel ou matériel subi par vous, dès lors que ce préjudice est survenu dans le cadre de l'un des événements ou situations de la vie privée énumérés au paragraphe "Responsabilité civile", ou à la suite d'un dommage corporel subi par l'Assuré en tant que piéton du fait d'un véhicule terrestre à moteur dont il n'a ni la propriété, ni la conduite ni la garde, et dont il n'est pas le passager lors du sinistre.

4-2 Débours pris en charge

A condition d'avoir donné son accord préalable sur l'engagement de ces frais, l'Assureur acquitte directement :

- les frais de constitution de dossier, à l'exception des frais engagés pour vérifier la réalité du préjudice ou en faire la constatation, - les honoraires d'experts judiciaires,
- les frais et honoraires des auxiliaires de justice.

4-3 Libre choix de l'avocat

Si un litige implique l'intervention d'un avocat, vous pouvez le choisir parmi ceux inscrits au Barreau du Tribunal saisi, ou demander à l'Assureur de vous en proposer un.

4-4 Divergences d'intérêts

En cas de désaccord entre vous et l'Assureur sur l'opportunité d'engager ou de poursuivre une action en justice, la procédure prévue par l'article L.127-4 du Code des Assurances est appliquée ; en voici le résumé :

"Le différend est soumis à l'appréciation d'une tierce personne choisie d'un commun accord ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance. Sauf décision contraire, c'est l'assureur qui supporte, dans la limite de la garantie, les frais de cette procédure".

Les mêmes modalités sont appliquées en cas de survenance, entre vous et l'Assureur, de divergences d'intérêts au sens de l'article L.127-5 du Code des Assurances.

Article 5 : Exclusions aux garanties Responsabilité civile et Défense recours

5-1 Exclusions à la garantie Responsabilité civile

Nous ne garantissons pas les dommages causés lors de la pratique :

- de la chasse, y compris la destruction d'animaux nuisibles lorsqu'elle relève du champ d'application
- de la RC chasse (MAIS LA CHASSE SOUS MARINE EST GARANTIE)
- de toute activité sportive exercée dans des associations, clubs, fédérations qui ont assuré leurs adhérents conformément à l'article L 321-1 du Code du sport,
- d'activités ne relevant pas de la vie privée qu'elles soient :
 - o exercées ou non à titre temporaire,
 - o exercées à titre lucratif ou syndical,
 - o liées à une fonction publique ou d'organisation de manifestations ouvertes au public,
- de l'utilisation d'un Engin de Déplacement Personnel Mobile électrique (trottinettes, skates, hoverboards, gyropodes, gyroroues, etc...):

Sont exclus tous dommages causés par la participation à des émeutes, manifestations, mouvements populaires, actes de terrorisme et sabotage.

Nous ne garantissons pas les dommages résultants :

- D'obligations contractuelles réalisées à titre onéreux (à l'exclusion du baby-sitting qui est garanti),
- De la pratique de tous sports à titre professionnel
- De toute activité professionnelle, y compris les accidents du travail, étant précisé que les accidents

causés au cours de trajet pour vous rendre sur les lieux de l'établissement scolaire ou en stage, ne sont pas considérés comme résultant d'une activité professionnelle.

- De l'organisation et de la participation à toutes épreuves, concours, courses ou compétition, ainsi qu'à toutes épreuves préparatoires nécessitant une autorisation préalable ou soumise à une obligation d'assurance,
- De votre activité en qualité de tuteur ou curateur familial,
- De l'exercice d'une fonction publique, politique ou sociale ou de dirigeant d'Association.
- D'une activité d'assistante maternelle,
- D'un fait volontaire,
- D'une faute intentionnelle

Nous ne garantissons pas les dommages causés par :

- Une personne assurée aux biens, objets ou animaux lui appartenant ou appartenant à une personne de son entourage,
- Les équidés ou les animaux non domestiques appartenant ou gardés par une personne assurée,
- Les chiens relevant des catégories 1 et 2 au sens de la loi relative aux animaux dangereux (article L 211-12 du Code Rural),
- Les armes à feu et leurs munitions de catégorie A ou B dont la détention est interdite et dont vous seriez sciemment possesseur ou détenteur sans autorisation préfectorale.
- Tout voilier de plus de 6 m ou tout bateau à moteur de plus de 6 CV ou tout véhicule nautique à moteur tels que jet ski, jet à bras, scooter et moto des mers,
- Tout véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance automobile dont l'assuré est propriétaire, gardien ou locataire, y compris :
 - o les remorques attelées ou non attelées si leur poids est supérieur à 750 kg,
 - o les caravanes,
 - o tout autre appareil terrestre lorsqu'il est attelé à un véhicule,
- Les appareils de navigation aérienne et engins aériens, autres que les engins d'aéromodélisme jusqu'à 5 kg et 10 cm³ dont vous ou les personnes dont vous êtes civilement responsable ont la propriété, la conduite ou la garde.

Nous ne garantissons pas les dommages :

- Causés aux biens confiés, loués ou empruntés par une personne assurée,
- Causés dans le cadre des stages d'études lorsqu'ils ont pour origine des actes prohibés par la réglementation en vigueur ou exécutés par des personnes non habilitées à les faire.
- Causés aux biens ou animaux, dont vous ou les personnes dont vous êtes civilement responsable avez la propriété, l'usage ou la garde (sauf dans le cadre des stages).
- Matériels et immatériels consécutifs causés par les eaux, un incendie ou une explosion s'ils résultent de sinistres ayant pris naissance dans les locaux ou caravane dont vous êtes propriétaire, locataire ou occupant à titre quelconque.

5-2 Exclusions à la garantie Défense recours

Outre les exclusions générales du contrat et celles spécifiques à la garantie responsabilité civile, l'extension Défense et Recours ne s'applique pas aux :

- Litiges dont l'intérêt financier en principal porte sur un montant inférieur à 225 euros
- Montants des condamnations tant civiles que pénales ;
- Litiges relevant d'un acte intentionnel ou de la procédure dite des « amendes de composition » ;
- Litiges dont le fait générateur est survenu soit avant la prise d'effet du contrat, soit après la date de prise d'effet de la résiliation, soit au cours d'une période de suspension des garanties ;
- Litiges de mitoyenneté
- Litiges découlant d'opération de construction, de restauration ou réhabilitation immobilières dans les risques assurés ou dans les risques voisins ;
- Litiges intervenant dans le cadre d'une succession, d'une cessation d'indivision, d'une opération de partage familial ;
- Litiges provoqués par une interruption d'activité, une dissolution de société ou d'association ; procédures engagées sans l'accord préalable de l'assureur.

Article 6 : Tableau des garanties Responsabilité civile et Défense recours (sauf Responsabilité civile médicale)

TABLEAU DE GARANTIES (sauf RC médicale)	MONTANTS	FRANCHISES
Dommages corporels	20 000 000,00 €	néant
Dommages exceptionnels	4 575 000,00 €	néant
Intoxication alimentaire	763 000,00 €	néant
Dommages matériels et immatériels	763 000,00 €	91,00 €
Dommages aux biens confiés lors de stages (y compris dommages immatériels consécutifs)	15 250,00 €	121,00 €
Dommages au matériel informatique confié par les Universités et Facultés (à l'exclusion du vol et de la perte)	2 500,00 €	150,00 €
Dommages au matériel non informatique confié par les écoles des Beaux-arts (à l'exclusion du vol et de la perte)	8 000,00 €	150,00 €

Article 7 : Responsabilité civile médicale (RC médicale)

7-1 Objet de la garantie Responsabilité civile médicale

Les garanties du contrat sont étendues aux conséquences pécuniaires de la responsabilité civile pouvant incomber à l'assuré en raison des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers au cours de toutes activités liées à l'exercice de professions médicales, chirurgicales et paramédicales.

Ces dommages sont couverts dans le cadre de stages, gardes, soins, imposés ou non, rémunérés ou non, en externat ou internat, que l'assuré pourra effectuer dans un service hospitalier, une clinique ou auprès d'un professionnel exerçant en libéral, dans la limite des actes qu'il est légalement autorisé à pratiquer. Sont notamment garanties les activités de dissection et les travaux pratiques d'anatomie.

- Cette extension de garantie est acquise uniquement pour les assurés inscrits dans l'une des quatre premières années d'études en : Médecine, Pharmacie, Orthophonie, Orthoptie, Kinésithérapie, Dentaire, écoles d'infirmiers, Puéricultrices, Aide-soignante, Manipulateurs

radios, préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'État de pédicure-podologue (DEPE), préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'État d'audioprothésiste, à l'exclusion de tout autre.

Les garanties sont accordées jusqu'à la cinquième année d'études pour les disciplines suivantes : psychologie, pharmacie et sage-femme.

Les garanties sont accordées jusqu'à la sixième année d'études pour les disciplines suivantes :

- Ostéopathes
- La préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.
- La préparation universitaire ou en école privée au diplôme d'État en Psychomotricité.

7-2 Montants garantis, plafonds et franchises de la RC médicale

Garanties	Montants	Franchises
Dommages corporels	6 100 000 €	Néant
Intoxication alimentaire	6 100 000 €	Néant
Dommages matériels et immatériels	458 000 €	45 €
Défense	Comprise dans les montants ci-dessus	
Recours	15 250 €	Seuil d'intervention : 305 €

7-3 Extensions de la RC médicale

La responsabilité civile du fait des salariés et préposés légalement autorisés.

Pour les fonctions hospitalières : la garantie est étendue à la responsabilité que l'assuré peut encourir à titre personnel dans le cadre de ses fonctions hospitalières au sein d'un établissement public à la suite d'une faute détachable de ses fonctions.

7-4 Période garantie

La garantie s'applique aux réclamations formulées à quelque époque que ce soit, dans la mesure où elles se rattachent à des faits survenus entre les dates de prise d'effet et de cessation du contrat.

7-5 Inopposabilité des déchéances

Aucune déchéance motivée par un manquement de l'assuré à ses obligations commis postérieurement au sinistre n'est opposable aux personnes lésées ou à leurs ayants droit. AXA FRANCE conserve néanmoins la faculté d'exercer contre l'assuré une action en remboursement de toutes les sommes qu'elle aura payées ou mises en réserve à sa place.

7-6 Délai de règlement

Le paiement des indemnités intervient dans les 15 jours suivant l'accord amiable ou la décision judiciaire exécutoire. En cas d'opposition, ce délai ne court qu'à compter du jour de la mainlevée.

7-8 Exclusions à la garantie Responsabilité civile médicale

Outre les exclusions prévues dans le cadre de la garantie Responsabilité Civile Familiale, sont exclus de la présente extension de garantie :

- les dommages résultant d'actes professionnels prohibés par les dispositions légales ou réglementaires, ou exécutés par des personnes non habilitées à les faire.
- les conséquences de faits antérieurs à la présente extension et les actions engagées à leur sujet
- la faute intentionnelle de l'assuré, sauf recours intenté par la Sécurité sociale en vertu des articles L 452-2, L 452-5 du Code de la Sécurité sociale.

- les dommages engageant la responsabilité de l'assuré à l'égard de personnes se prêtant à des recherches biomédicales lorsque la responsabilité de l'assuré est recherchée à titre de promoteur (loi du 20/12/1988).
- les dommages résultant de la prescription de spécialités pharmaceutiques n'ayant pas obtenu le visa légalement exigé.
- les conséquences d'un acte à finalité purement esthétique.
- les dommages qui proviendraient directement ou indirectement de :
 - o fourniture de sang ou de tous produits dérivés de celui-ci et de toutes sécrétions ou cellules humaines effectuées pour le compte et/ou dans le cadre de tout service ou organisme chargé de cette activité,
 - o activités consistant à concevoir, étudier, créer de nouveaux médicaments, équipements, produits destinés à tous usages de soins ou de cosmétique ainsi que toutes expérimentations et tests associés.
- les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosions ou irradiations provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de radioactivité, accélération artificielle des particules.

L'assuré est cependant garanti en cas d'usage médical de la radioactivité en sa qualité d'utilisateur de substances radioactives et des installations les contenant, de propriétaire ou gardien de substances radioactives et des installations les contenant lorsque l'activité « corrigée » des substances radioactives se trouvant ensemble dans un même établissement ne dépasse pas un curie.

- les conséquences d'engagements contractuels dans la mesure où elles excèdent celles auxquelles serait tenu l'assuré en vertu des textes légaux ou réglementaires sur la responsabilité civile.
- les dommages matériels et dommages immatériels qui ne sont pas la conséquence de dommages corporels, subis par les assurés lorsqu'ils ont la qualité de tiers entre eux.
- les conséquences pécuniaires de la responsabilité incombant à l'assuré du fait des dommages qui trouvent leur origine dans un dysfonctionnement provenant ou affectant des matériels électroniques ou informatiques, dès lors que ce dysfonctionnement est imputable au codage ou à la gestion des dates.

7-9 Défense et recours en lien avec l'extension RC médicale

En cas d'action mettant en cause une responsabilité assurée par la présente extension :

- devant les juridictions civiles, commerciales, ou administratives, Axa France, dans la limite de sa garantie, assume la défense de l'assuré, dirige le procès et exerce toutes voies de recours,
- devant les juridictions pénales : si la ou les victimes n'ont pas été désintéressées, Axa France a, dans la limite de sa garantie, la faculté, avec l'accord de l'assuré, de s'associer à sa défense sur le plan pénal. A défaut de cet accord, Axa France peut néanmoins assumer la défense des intérêts civils de l'assuré.

Axa France peut exercer toutes voies de recours au nom de l'assuré, y compris le pourvoi en cassation, lorsque l'intérêt pénal de l'assuré n'est plus en jeu. Dans le cas contraire, elle ne peut les exercer qu'avec l'accord de l'assuré.

Axa France choisit les auxiliaires de justice à qui sont confiés les dossiers et les rémunère en totalité. Si l'assuré

avait l'intention de choisir lui-même ses auxiliaires, il devrait en aviser Axa France :

- si Axa France accepte : elle prendra en charge les frais et honoraires de ces conseils sur production des pièces justificatives dans la limite de 4 600 Euros TTC par sinistre.
- si Axa France fait intervenir ses conseils aux côtés de ceux de l'assuré, ce dernier fera son affaire personnelle des frais et honoraires des conseils qu'il aura choisis.

7-10 Protection juridique professionnelle

Ce contrat garantit la protection juridique, c'est à dire la prise en charge de tout litige entendu comme

une situation conflictuelle conduisant l'assuré devant une juridiction, pour y faire valoir un droit, résister à une prétention ou s'y défendre, lorsque le litige résulte de l'activité faisant l'objet de la présente extension.

En cas de décès de l'assuré, Axa France poursuit et soutient jusqu'à leur liquidation les actions engagées du vivant de l'assuré. L'assistance d'Axa France est accordée au conjoint et aux héritiers, à condition qu'ils se conforment aux mêmes obligations que celles incombant à l'assuré pour tout procès en demande ou en défense fondé sur des faits antérieurs au décès.

Procédure : l'assuré doit obtenir l'accord d'Axa France relatif au litige auquel il est confronté. Il peut faire appel à l'avocat de son choix. S'il choisit l'un des avocats correspondants de Axa France, celle-ci prend en charge la totalité de ses frais et honoraires.

Si l'assuré choisit un avocat personnel, Axa France lui rembourse les frais judiciaires sur présentation des pièces justificatives et des mémoires d'honoraires d'avocat, d'huissier, dans un délai de deux mois de la production desdites pièces dûment taxées, et moyennant les sommes maximum suivantes TTC prévues au barème ci-après :

- référé : 382 €
- jugement de 1ère instance ou transaction en cours de procédure : 1150 €
- décision d'appel : 1220 €
- procédure en cours de cassation, Conseil d'État ou juridiction européenne : 1530 €

En cas de prétention insoutenable en fait ou en droit, lorsque les frais envisagés sont hors de proportion avec l'intérêt pécuniaire du litige ou lorsqu'elle juge raisonnable les offres de l'adversaire, Axa France peut à tout moment refuser ou retirer son appui dans une procédure par décision motivée.

En cas de pareil désaccord entre Axa France et l'assuré pour régler un différend, cette difficulté pourra être soumise à l'appréciation d'un arbitre désigné d'un commun accord par les deux parties, ou, à défaut par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge d'Axa France ; sauf si le Président du TGI en décide autrement (mise en œuvre abusive).

En tout état de cause, l'assuré conserve la pleine liberté d'action. S'il obtient une solution plus favorable que celle proposée par Axa France ou l'arbitre, Axa France lui rembourse les frais exposés pour l'exercice de cette action, dont le montant n'a pas été supporté par l'adversaire, dans la limite du montant de la garantie.

D'une manière générale, l'assuré a la liberté de choisir un avocat ou une personne qualifiée pour l'assister à chaque fois que survient un conflit d'intérêt entre lui-même et Axa France.

Exclusions supplémentaires propres à la Protection juridique : outre les exclusions prévues dans le cadre de la garantie responsabilité civile, restent exclus :

- les litiges dont la valeur pécuniaire est inférieure à 305 euros
- les amendes de toute nature
- les actions en recouvrements d'honoraires ou de créances

Obligations de l'assuré

Si les risques garantis par ce contrat viennent à être couverts par une autre assurance, l'assuré doit

obligatoirement le déclarer à AXA FRANCE, en identifiant l'autre assureur et en détaillant le montant des garanties souscrites. En cas de sinistre, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation des dommages en s'adressant à l'assureur de son choix.

Article 8 : Dispositions diverses de la police n°1743420304

8-1 Étendue territoriale de la police n°1743420304

Les garanties Responsabilité Civile et Défense Recours s'exercent dans le monde entier, à l'exclusion des États Unis et du Canada en ce qui concerne la RC médicale et la Protection Juridique médicale.

Pour les adhérents dont la nationalité est celle d'un pays ne faisant pas partie de l'Union Européenne, les garanties du présent contrat ne sont pas acquises pour tout sinistre survenu en dehors du territoire de l'Union Européenne.

8-2 Période de garantie de la police n°1743420304

La garantie s'applique aux sinistres dont le fait générateur se situe pendant la période de validité du contrat.

Annexe 1 : Plafonds de prise en charge des équipements d'optique du panier « prix libres »

Cas	Verres	Plafonds de prise en charge par équipement comprenant le tarif de responsabilité (deux verres et monture)
a	<p><u>Deux verres unifocaux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries 	<p>150€ pour la garantie « Azur Hospi » dont 100 € au maximum pour la monture.</p> <p>225€ pour la garantie « Azur » dont 100 € au maximum pour la monture.</p> <p>275€ pour la garantie « Azur Confort » dont 100 € au maximum pour la monture.</p> <p>400€ pour la garantie « Azur Plus » dont 100 € au maximum pour la monture.</p>
b	<p><u>Verre 1</u> <i>verre unifocal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries <p><u>Verre 2</u> <i>verre unifocal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries <p><i>ou verre multifocal ou progressif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. 	<p>205€ pour la garantie « Azur Hospi » dont 100 € au maximum pour la monture.</p> <p>250€ pour la garantie « Azur » dont 100 € au maximum pour la monture.</p> <p>325€ pour la garantie « Azur Confort » dont 100 € au maximum pour la monture.</p> <p>425€ pour la garantie « Azur Plus » dont 100 € au maximum pour la monture.</p>
c	<p><u>Verre 1 – verre unifocal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries <p><u>Verre 2 - verre multifocal ou progressif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; 	<p>205€ pour la garantie « Azur Hospi » dont 100 € au maximum pour la monture.</p> <p>250€ pour la garantie « Azur » dont 100 € au maximum pour la monture.</p> <p>325€ pour la garantie « Azur Confort » dont 100 € au maximum pour la monture.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. 	<p>425€ pour la garantie « Azur Plus » dont 100 € au maximum pour la monture.</p>
d	<p><u>Deux verres appartenant à une des catégories ci-dessous précisées</u> <i>verre unifocal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries. <p><i>ou verre multifocal ou progressif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. 	<p>205€ pour la garantie « Azur Hospi » dont 100 € au maximum pour la monture. 250€ pour la garantie « Azur » dont 100 € au maximum pour la monture. 325€ pour la garantie « Azur Confort » dont 100 € au maximum pour la monture. 425€ pour la garantie « Azur Plus » dont 100 € au maximum pour la monture.</p>
e	<p><u>Verre 1 – verre appartenant à une des catégories ci-dessous précisées</u> <i>verre unifocal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries <p><i>ou verre multifocal ou progressif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries <p><u>Verre 2 - verre multifocal ou progressif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; 	<p>205€ pour la garantie « Azur Hospi » dont 100 € au maximum pour la monture. 250€ pour la garantie « Azur » dont 100 € au maximum pour la monture. 325€ pour la garantie « Azur Confort » dont 100 € au maximum pour la monture. 425€ pour la garantie « Azur Plus » dont 100 € au maximum pour la monture.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. 	
f	<p><u>Deux verres multifocaux ou progressifs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. 	<p>225€ pour la garantie « Azur Hospi » dont 100 € au maximum pour la monture.</p> <p>275€ pour la garantie « Azur » dont 100 € au maximum pour la monture.</p> <p>350€ pour la garantie « Azur Confort » dont 100 € au maximum pour la monture.</p> <p>450€ pour la garantie « Azur Plus » dont 100 € au maximum pour la monture.</p>

Annexe 2 : Cas d'application des périodicités de prise en charge dérogatoires pour les équipements d'optique médicale

Assurés concernés	Assurés de plus de 60 ans	
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un <u>équipement complet</u> (2 verres + monture)	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; - variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
Constatation de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicale particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des <u>verres</u>	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique <ul style="list-style-type: none"> - glaucome ; - hypertension intraoculaire isolée ; - DMLA et atteintes maculaires évolutives ; - rétinopathie diabétique ; - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; - cataracte évolutive à composante réfractive ; - tumeurs oculaires et palpébrales ; - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; - greffe de cornée datant de moins de 1 an ; - kératocône évolutif ; - kératopathies évolutives ; - dystrophie cornéenne ; 	

	<ul style="list-style-type: none"> - amblyopie ; - diplopie récente ou évolutive ; <p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie générale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - diabète ; - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; - hypertension artérielle mal contrôlée ; - sida ; - affections neurologiques à composante oculaire ; - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ; <p><i>Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - corticoïdes ; - antipaludéens de synthèse ; - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.
<p>Constatation de l'évolution de la réfraction</p>	<p>Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière</p>

Annexe 3 : Modèle de lettre de renonciation

Votre nom :
Votre prénom :
Votre adresse :
Votre date de naissance :

UMGP – Service Adhésions
CS 70010
13272 MARSEILLE Cedex 08

A....., le

Vos références :

N° de sécurité sociale :

N° de membre participant :

N° de transaction bancaire (si paiement par carte ou virement) :

Objet : Annulation d'une souscription dans le délai de 14 jours

Madame, Monsieur,

Le (*date de la demande*), j'ai souscrit un contrat "complémentaire santé" : (nom de la garantie).

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, le délai de 14 jours à compter de la date d'effet de mon adhésion n'étant pas expiré, je vous demande d'annuler ma souscription et de me retourner..... (L'acompte versé, le montant versé).

Dans cette attente, veuillez accepter Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Signature,

P.J. : - Copie de mon bulletin d'adhésion.

- Original de mon RIB pour remboursement de la cotisation acquittée au titre de la garantie souscrite.