

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Société Mutualiste des Etudiants de la Région Antilles Guyane

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité – SIREN 402 127 146

Siège social : 35 rue Victor Schœlcher – 97200 Fort de France

Produit : Fondamentale SMERAG



Ce document d'information présente un résumé des principales prestations accordées au titre de cette garantie et les exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

La complémentaire santé Fondamentale SMERAG est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels ayants-droit en cas de maladie, d'accident ou d'hospitalisation, en complément de la sécurité sociale française. Elle fournit également à l'adhérent des prestations d'assistance pour tout déplacement d'une durée maximum de 365 jours consécutifs et une couverture contre les conséquences financières des dommages causés au tiers dans le cadre des activités définies dans le contrat.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Soins courants et pharmacie : Consultations et visites médecins (généralistes ou spécialistes), pharmacie (médicaments remboursés à 30% et 65% par la sécurité sociale), analyses médicales, radiologie, actes médicaux et chirurgie sans hospitalisation, cure thermale, transport médical, auxiliaires médicaux, appareillages remboursés par la sécurité sociale, sage-femme.
- ✓ Frais dentaires : soins et prothèses.
- ✓ Frais optiques : optique acceptée par la sécurité sociale.
- ✓ Hospitalisation : hospitalisation médicale ou chirurgicale, forfait journalier hospitalier (20 € par jour et 15 € pour la psychiatrie), participation assuré 18 €.
- ✓ Prévention : parcours prévention santé, forfaits vaccins, naissance, sevrage tabagique, dentaire (prothèses), dépistage hépatite B, pilules et deux séances de détartrage par année universitaire.
- ✓ Médecine douce : consultation diététique.
- ✓ Accidents : hospitalisation (16 euros par nuit passée en milieu hospitalier), frais de soins (frais engagés sur prescription médicale), invalidité permanente (atteinte à l'intégrité physique de l'adhérent).
- ✓ Responsabilité civile : garantit l'assuré contre les conséquences financières des dommages corporels matériels et immatériels causés au tiers au cours des activités de la vie privée, des activités sportives ou de stages obligatoires ou non, rémunérés ou non.
- ✓ Défense et recours dans le cadre d'un litige.
- ✓ Assistance voyages : transport ou rapatriement médical, remboursement de frais médicaux, avance des frais d'hospitalisation, assistance en cas de décès, aide au voyage.
- ✓ Fonds d'entraide (sur décision de la mutuelle).



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et hospitalisations effectués en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les hospitalisations en dehors de la France métropolitaine (dans le cadre de l'hospitalisation consécutive à un accident).



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Les principales exclusions

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins et les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes.

Les exclusions spécifiques

- ! Les suites et conséquences des événements provoqués intentionnellement par l'adhérent, des accidents antérieurs à la date d'effet de l'adhésion, des sports aériens et professionnels, les attentats et émeutes auxquels l'adhérent prend une part active, les contagions de toute sorte.

Principales restrictions

Accidents

- ! Prothèses dentaires : maximum 250 € par dent en cas d'accident.
- ! Bris de lunettes : maximum 25 € par verre, 25 € pour la monture et 25 € par lentille.
- ! Le montant des frais de soins est plafonné à 25 000 € par adhérent et par année d'assurance.
- ! Le seuil minimal d'intervention pour l'invalidité permanente est de 11% et le montant maximum garanti est de 1 000 000 €.

Hospitalisation

- ! Le forfait journalier hospitalier est limité à 45 jours par année universitaire et 20 jours pour la psychiatrie et neuropsychiatrie.

Hospitalisation accidentelle

- ! La prestation totale ne peut excéder 20 nuits indemnisées, consécutives ou non, entre la date d'effet de la garantie et le 30 septembre suivant.

Assistance voyages

- ! Le remboursement des frais médicaux et l'avance des frais d'hospitalisation sont limités à 5.336 € TTC et à 76.225 € TTC pour les Etats-Unis, le Canada, l'Australie, le Japon et l'Asie du Sud Est.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine et dans la région Antilles Guyane.
- ✓ Dans le monde entier en ce qui concerne la responsabilité civile, les soins et l'invalidité consécutifs à un accident et l'Assistance voyages (à l'exclusion des pays en guerre ou d'instabilité politique notoire).



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension et de résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations vous devez :

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle,
- Fournir les pièces justificatives nécessaires à l'adhésion,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- S'acquitter des cotisations dues (ou fraction de cotisation) indiquées au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre sécurité sociale,
- Informer la mutuelle de toute modification survenant au cours de l'adhésion en lui transmettant les pièces justificatives nécessaires.

En cas de sinistre :

- Déclarer tout sinistre à la mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception dans les 5 jours ouvrés à compter du moment où vous en avez eu connaissance et fournir tous les justificatifs nécessaires aux remboursements des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations peuvent être réglées soit, en un paiement unique lors de l'adhésion ou de la reconduction, soit par paiement fractionné (mensuel). Selon que la garantie choisie soit annuelle ou au prorata, le paiement des cotisations peut être effectué par chèque, par prélèvement unique ou mensuel, par carte bancaire ou en espèces. La date, le terme et la périodicité de paiement sont indiqués dans le contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Le contrat est conclu soit pour une durée de 12 mois, soit au prorata temporis et se renouvelle automatiquement au 30 septembre de chaque année, sauf dénonciation par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la mutuelle.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- En adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat.
- Lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies ou en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis dans les trois mois suivant la date de l'évènement.