

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit

Société Mutualiste des Etudiants de la Région Parisienne – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité – SIREN 775 684 780 – Siège social : 28 Rue de Fortuny – 75017 Paris / AXA France IARD – 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex / CHUBB European Group SE – La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie

Produit : Mutuelles HEYME - Niveaux 2, 3 et 4

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. En particulier les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Les Mutuelles HEYME sont destinées 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. Elles comprennent également des prestations d'assistance à l'étranger et couvre 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 PREVUES

Les garanties et l'assistance systématiquement prévues ci-dessous correspondent aux niveaux 2, 3 et 4.

- ✓ Soins courants : consultations et visites médecins (généralistes ou spécialistes), médicaments, analyses et examens de laboratoire, radiologie, actes médicaux, transport médical, matériel médical.
- ✓ Autre soin : cure thermale.
- ✓ Hospitalisation : forfait journalier hospitalier (20 € par jour et 15 € pour la psychiatrie), frais de séjour, honoraires.
- ✓ Frais dentaires : soins dentaires remboursés (hors panier 100% santé), deux séances de détartrage par année.
- ✓ Aides auditives et prothèses : appareils auditifs et prothèses médicales.
- ✓ Prévention : forfaits préservatifs masculins et protections hygiéniques réutilisables.
- ✓ Responsabilité Civile : responsabilité civile obligatoire et responsabilité civile médicale, Défense et recours dans le cadre d'un litige.
- ✓ Téléconsultation médicale
- ✓ Fonds d'entraide (sur décision de la mutuelle).

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance Rapatriement : transport, rapatriement, remboursement de frais médicaux, avance des frais d'hospitalisation, assistance en cas de décès, aide au voyage.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Le choix des garanties optionnelles fait automatiquement passer l'adhérent du niveau 2 aux niveaux 3 ou 4.

Renfort soins : honoraires paramédicaux.

Participation assuré 24 €.

Renfort dentaire : soins et prothèses panier 100% santé, prothèses dentaires remboursées et forfait, implants.

Frais optiques : équipement panier 100% santé, forfaits montures et verres, forfait lentille, chirurgie des yeux.

Renfort aides auditives : Equipements panier 100% santé.

Prévention : forfaits contraception remboursée ou non et contraception d'urgence.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et hospitalisations effectués en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Toutes les prestations non prévues au contrat.



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

Les principales exclusions

Garanties santé

- ! 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 actes de chirurgie esthétique et/ou réparatrice non pris en charge par la sécurité sociale.

Responsabilité civile obligatoire

- ! Les dommages résultant d'une activité professionnelle, de la pratique de la chasse (hors chasse sous-marine), de tout sport professionnel et de l'usage des armes à feu dont la détention est interdite.

Responsabilité civile médicale

- ! Les dommages résultant d'actes professionnels prohibés par des dispositions légales ou réglementaires, ou exécutés par des personnes non habilitées à les faire ; les conséquences d'un acte à finalité purement esthétique.

Assistance Rapatriement

- ! Les frais non prévus, engagés sans accord préalable, ou non justifiés par des documents originaux ; les frais liés à des interventions à caractère esthétique.

Les principales restrictions

Assistance Rapatriement

- ! 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.

Vous pouvez consulter la liste exhaustive des exclusions et restrictions dans le règlement mutualiste et les notices d'information.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine pour les Garanties santé.
- ✓ Dans le monde entier en ce qui concerne les prestations d'assistance (à l'exclusion des pays en guerre ou d'instabilité politique notoire) et la Responsabilité Civile (à l'exclusion des Etats Unis et du Canada en ce qui concerne la responsabilité civile médicale).



Quelles sont mes obligations ?

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

A 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 le plus rapidement possible et fournir tous les justificatifs nécessaires aux remboursements des prestations,
- Se soumettre au contrôle des médecins désignés par la mutuelle et éventuellement de la personne habilitée à la représenter pour une mission d'information.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont annuelles et peuvent être réglées soit, en un paiement unique lors de l'adhésion ou de la reconduction, soit par paiement fractionné (mensuel).

Le paiement unique peut être effectué par chèque, par carte bancaire ou en espèces. Le paiement fractionné s'effectue uniquement par prélèvement bancaire à la date choisie par l'adhérent.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

L'ouverture des droits intervient à la date choisie par l'adhérent lors de sa souscription et au plus tôt le lendemain de cette dernière, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation. Un délai de carence d'un (1) mois s'applique lors d'une première adhésion si vous n'étiez pas couvert par une autre mutuelle en ce qui concerne l'hospitalisation (pour le niveau 2) et les forfaits lentilles et dentaire (pour les niveaux 3 et 4).

Le contrat est conclu pour une durée de 12 mois et se renouvelle automatiquement chaque année, sauf dénonciation adressée à la mutuelle.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- 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 du contrat.
- À l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.
- 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.
- Dans l'un des cas suivants et sur présentation d'un justificatif :
 - 1- Adhésion à un contrat collectif obligatoire,
 - 2- Obtention de la Couverture Maladie Universelle (CMU),
 - 3- Souscription à une complémentaire santé rentrant dans le dispositif CMU-C Contributive,
 - 4- Départ à l'étranger (la durée du séjour doit chevaucher d'au moins 6 mois celle de la garantie),
 - 5- Affiliation à un régime spécial.