

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit

Société Mutualiste des Etudiants de la Région Parisienne (SMEREP) – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité – SIREN 775 684 780

Siège social : 25 Rue Trébois – 92300 Levallois-Perret

Mutuelle des étudiants de Provence (MEP) – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité – SIREN 782 814 826 – Siège social : 10 Rue Léon Paulet – 13008 Marseille

AXA France IARD – SA au capital de 214 799 030€ – SIREN : 722 057 460 – 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex

CHUBB European Group SE – SIREN : 450 327 374 – La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie

Produit : HEYME Protect

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 ?

La Mutuelle HEYME Protect est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et de ses éventuels ayants-droit en cas de maladie, de maternité ou d'accident, en complément des prestations versées par un régime d'assurance maladie français. 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

- ✓ Hospitalisation et Maternité : Forfait journalier hospitalier, honoraires et frais de séjours DPTAM ou non, Forfait Patient Urgence et transport.
- ✓ Soins courants : consultations et visites généralistes et spécialistes en parcours de soins, médicaments remboursés à 100% par la sécurité sociale, analyses et examens de laboratoire, radiologie et actes médicaux en parcours de soins, transport médical, matériel médical.

✓ Optique : Forfait montures et verres (30€)

✓ Dentaire : soins et prothèses dentaires (hors 100% santé), deux séances de détartrage par année, Inlay / Onlay.

✓ Aides auditives et prothèses : appareils et prothèses médicales classe II.

✓ Prévention : vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale.

LES GARANTIES ET SERVICES SYSTEMATIQUEMENT INCLUSES

- ✓ Responsabilité Civile vie privée, étudiante et stage avec extension responsabilité civile médicale, Défense et recours dans le cadre d'un litige.
- ✓ Individuelle Accident
- ✓ Assistance Rapatriement : transport, rapatriement, remboursement de frais médicaux, avance des frais d'hospitalisation, assistance en cas de décès, aide au voyage.
- ✓ Téléconsultation / micro consultation médicale.
- ✓ Fonds d'entraide (sur décision de la mutuelle).

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Le choix des garanties optionnelles entraîne la montée en gamme de l'adhérent.

Hospitalisation et Maternité : Forfait chambre particulière, Forfait actes lourds

Soins courants : Forfait actes lourds, consultations et visites généralistes et spécialistes hors parcours de soins, radiologie et actes médicaux hors parcours de soins, honoraires auxiliaires médicaux et sages-femmes

Optique : Panier de soins 100% santé, Forfait montures et verres (300€), forfait lentilles (100€), chirurgie des yeux (800€)

Dentaire : soins et prothèses panier 100% santé, implantologie et parodontologie, orthodontie remboursée par la sécurité sociale

Aides auditives : Equipements panier 100% santé, pile et entretien de l'appareil auditif remboursés par la sécurité sociale.

Prévention : Actes de prévention remboursés par la sécurité sociale, sevrage tabagique remboursé par la sécurité sociale.

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ La chambre particulière en cas de maternité et le lit accompagnant.
- ✗ Transport et pharmacie non remboursés par la sécurité sociale, cure thermique.
- ✗ Les prothèses et aides auditives non remboursées par la sécurité sociale.
- ✗ La médecine douce (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, sophrologie, hypnose thérapeutique, diététique)
- ✗ 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 frais de 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 dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM).
- ! Les actes de chirurgie esthétique et/ou réparatrice non pris en charge par la sécurité sociale.

Responsabilité civile vie privée, étudiante et stage avec extension responsabilité civile médicale

- ! 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.
- ! 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

- ! **Chambre particulière** : Remboursement jusqu'à 35€ par jour dans la limite de 90 jours (hospitalisation médicale), 60 jours (soins de suite), 30 jours (psychiatrie)
- ! **Optique** : Panier de soin 100% santé limité au PLV, prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, 1 mois de carence pour les lentilles, 3 ans de carence pour la chirurgie des yeux avec déduction des forfaits verres et montures utilisés pendant les deux années précédentes.
- ! **Dentaire** : Plafond commun aux postes Inlay/Onlay, prothèses dentaires et forfait implantologie et parodontologie non remboursées
- ! **Aides Auditives** : Plafond de 1 700 € par oreille pour les aides auditives de Classe II, Remboursement limité à 1 forfait pour les deux oreilles tous les 4 ans.
- ! **Responsabilité civile vie privée, étudiante et stage avec extension responsabilité civile médicale** : franchise de 91€ pour les dommages aux biens matériels et immatériels, plafonds de 15 250€ et franchise de 121€ pour les dommages aux biens confiés lors de stages, plafonds de 2 500€ et franchise de 150€ pour les dommages au matériel informatique confié par les Universités et Facultés, plafonds de 8 000€ et franchise de 150€ pour les dommages au matériel non informatique confié par les écoles des Beaux-arts.
- ! **Défense recours** : seuil d'intervention.
- ! **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 non prise d'effet, de suspension et de résiliation des garanties vous devez :

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle
- 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 ou par carte bancaire. 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 ?

- La couverture commence à la date choisie par l'adhérent et mentionnée sur le bulletin d'adhésion.
- En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat). Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement par tacite reconduction, à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat si vous êtes adhérent de la mutuelle depuis moins d'un an, en nous adressant un courrier électronique via la messagerie de votre espace personnel au moins deux mois avant cette date.
- à tout moment si vous êtes adhérent de la mutuelle depuis plus d'un an en le demandant depuis votre espace personnel. La résiliation prendra alors effet un mois après réception de votre demande.
- en le demandant à tout moment sur votre espace personnel en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis, d'adhésion à un contrat ou en cas d'adhésion à un contrat collectif à adhésion obligatoire conclu par votre employeur.