

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit

Compagnie : Société Mutualiste Générale de Prévoyance

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité – SIREN 316 710 441

Siège social : 28 Rue de Fortuny – 75017 Paris

Produit : SÉSAME “+” SMGP

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 SÉSAME “+” SMGP 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 la vie quotidienne et 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 : médecins traitants et correspondants (généralistes ou spécialistes), chirurgie sans hospitalisation, analyses, consultations en accès direct, soins externes dans un centre de santé, imagerie diagnostic et échographie, prothèses (hors dentaire), appareillages et accessoires, sage-femme, infirmiers, kinésithérapie, transport médical.
- ✓ Hospitalisation : hospitalisation médicale, chirurgicale et avec soins, forfait journalier hospitalier (20 € par jour et 15 € pour la psychiatrie), participation assuré 18 €, chambre particulière ou lit d'accompagnement (25 € par jour), forfaits hospitalisation de plus de 7 jours.
- ✓ Pharmacie : médicaments remboursés par la sécurité sociale (15 à 65 %).
- ✓ Frais dentaires : soins, prothèses et forfait de 400 €.
- ✓ Frais optique : optique acceptée par la sécurité sociale et forfait de 300 €.
- ✓ Médicaments non prescrits (40 €).
- ✓ Orthodontie, orthophonistes et orthoptistes.
- ✓ Prévention et bien être : actes de prévention, thermalisme, médecine douce.
- ✓ Esthétique : médecine, détatouage, chirurgie réfractive (450 €).
- ✓ Forfaits annuels : naissance, pilule contraceptive, sevrage tabagique.
- ✓ Accidents : capital invalidité permanente.
- ✓ Responsabilité civile : garantit l'assuré contre les conséquences financières des dommages corporels matériels et immatériels causés au tiers.
- ✓ Défense et recours dans le cadre d'un litige.
- ✓ Fonds d'entraide (sur décision de la mutuelle).

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Assistance domicile et vie quotidienne : organisation de l'admission à l'hôpital et soutien au domicile en cas de maladie, d'accident ou de décès.
- ✓ Assistance voyages : transport ou rapatriement médical, remboursement de frais médicaux, avance des frais d'hospitalisation, assistance en cas de décès, aide au voyage.

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les actes prescrits et dispensés en dehors de la période d'ouverture des droits.



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

Les principales exclusions

- ! Les actes de chirurgie esthétique non consécutif à un accident.
- ! Les interventions entraînées par une maladie ou une infirmité antérieure à l'admission.
- ! Les interventions, quelle qu'en soit la cause, pratiquées à la suite d'actes volontairement commis par l'assuré (tentative de suicide, mutilation, duel), des faits de guerre et autres cataclysmes, de compétitions, démonstrations acrobatiques, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, tentatives de record.
- ! Les maladies mentales (Code de la Santé).

Les exclusions spécifiques

- ! Les suites et conséquences 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 frais non prévus, engagés sans accord préalable, ou non justifiés par des documents originaux (Assistance voyages).
- ! Les litiges inférieurs à 225 € et les litiges de mitoyenneté (Défense recours).

Principales restrictions

Accidents

- ! 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 90 jours par an pour la psychiatrie et la neuropsychiatrie.
- ! Le supplément chambre particulière est limité à 15 jours par an, le lit d'accompagnement à 20 jours par an pour l'un des deux parents.

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 le reste du monde.



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 d'établissement des volets de décompte par la sécurité sociale ou l'organisme conventionné,
- 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 de sa survenance et fournir tous les justificatifs nécessaires aux remboursements des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations varient selon l'âge de l'adhérent et peuvent être réglées soit, en un paiement unique lors de l'adhésion ou de la reconduction, soit en paiements fractionnés (mensuels, trimestriels, semestriels).

Le paiement unique peut être effectué par chèque, par carte bancaire ou en espèces. Le paiement fractionné s'effectue uniquement par prélèvement bancaire le 10 du mois considéré.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet le lendemain de la date d'adhésion à 0h. 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 et uniquement en cas de maladie. Il est de dix (10) mois pour la maternité.

Le contrat est conclu pour une durée de 12 mois et se renouvelle automatiquement au 31 décembre de l'année civile, 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.