

① CONDITIONS GÉNÉRALES D'ADHÉSIONS (HORS CMU)

Chapitre 1

Obligations des ADHERENTS envers la mutuelle

Section 1 - Adhésion

Article RM-1-1 Montant des cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une **cotisation annuelle** qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle et/ou à la couverture des assurances incluses dans l'Assurance Universitaire. Les cotisations annuelles ou mensuelles sont fixées annuellement par l'Assemblée Générale qui peut déléguer ce pouvoir au Conseil d'Administration.

Seules les garanties Alizée, Brise ou Ciel peuvent être souscrites sur une partie de l'année avec cotisation réglée au prorata des mois souscrits. Le montant des cotisations est alors du montant de la souscription mensuelle multiplié par le nombre de mois restant à courir jusqu'à l'échéance du contrat avec un minimum de 3 mois de cotisation. La cotisation est individuelle pour les membres participants.

Les membres honoraires s'acquittent d'une cotisation d'un montant de **10 €** entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre de chaque année.

Article RM-1-2 Bénéficiaires

L'article S.8 des statuts de la mutuelle définit les catégories de membres participants.

Pour les garanties complémentaires pouvant être souscrites en cours d'année (Alizée, Brise et Ciel) et réglées au prorata du temps restant, **seuls les nouveaux adhérents** peuvent en bénéficier. Les bénéficiaires d'une garantie santé à la SMEBA, l'année précédente, devront souscrire pour une année universitaire complète afin de ne pas avoir de rupture de garantie.

Concernant la garantie sur-complémentaire, seuls les étudiants titulaires d'une garantie complémentaire autre que celles proposées par la SMEBA (ex : mutuelle parentale) peuvent souscrire cette garantie.

La garantie Globe Trotter's est ouverte à tout étudiant ou assimilé, âgé de moins de quarante ans, se rendant à l'étranger à l'occasion de voyage, étude, séjour linguistique, stage professionnel rémunéré ou non, ou dans le cadre d'un programme d'école, d'université ou d'association, ou d'un organisme ayant conclu un accord avec la SMEBA. Le bénéficiaire doit nécessairement avoir un rattachement fiscal en France.

Le conjoint d'un adhérent en garantie complémentaire peut souscrire une garantie de même niveau au même montant. Dans le cas où les deux parents souscrivent, leurs enfants de moins de 16 ans pourront être couverts gratuitement dans la limite de deux enfants par famille. A partir du 3^{ème} enfant, une cotisation du montant de la garantie souscrite par les deux parents sera exigée par enfant à charge supplémentaire. Les membres d'une

même famille devront souscrire la même garantie. Dans l'hypothèse où un seul des deux parents cotise, les enfants ne seront pas pris en charge gratuitement. Pour chaque enfant, une garantie de même niveau et de même montant sera exigée. Dans le cas de parent isolé (sur justificatif), un seul enfant de moins de 16 ans sera couvert gratuitement dans le cadre de la garantie souscrite par l'adhérent. A partir du 2^{ème} enfant, une cotisation du montant de la même garantie sera exigée.

Article RM-1-3 Augmentation du montant des cotisations

En cas de déséquilibre financier exigeant des mesures d'urgence, le conseil d'administration peut décider du relèvement immédiat du montant des cotisations. Cette décision doit être ensuite soumise à la ratification de la plus prochaine assemblée générale.

Article RM-1-4 Formalités d'adhésion

Pour qu'une adhésion soit validée, les ADHERENTS doivent présenter pour chaque année de souscription :

- un bulletin d'inscription dûment rempli, daté et signé
- un certificat de scolarité ou la photocopie de la carte d'étudiant de l'établissement d'enseignement supérieur fréquenté pour l'année en cours.
- le règlement total ou partiel du montant de la cotisation correspondant à la garantie choisie et cochée sur le bulletin d'adhésion, en espèces, en chèques ou par carte bancaire, en Euros
- les autres pièces justificatives selon les cas (photocopie du livret de famille, le certificat de position militaire, l'avis d'inscription à l'ANPE)
- pour la garantie sur-complémentaire, une preuve d'adhésion dans une autre garantie que celles proposées par la SMEBA pour la période souscrite
- un justificatif d'aide à la mutualisation si l'adhérent en est bénéficiaire dans le cadre d'une souscription à une garantie responsable

Dans le cas d'un paiement fractionné de la cotisation (prélèvements), l'ADHERENT devra fournir également, l'autorisation de prélèvement dûment signée et un relevé d'identité bancaire, postale ou d'épargne du compte à débiter. S'il s'agit d'un compte débiteur solidaire (parent, conjoint, concubin...), l'autorisation de prélèvement devra être obligatoirement signée par ce tiers.

Dans le cas d'une souscription en cours d'année avec cotisation au prorata, le **nouvel ADHERENT** devra fournir un certificat de radiation ou tout autre document justifiant de son affiliation antérieure à un contrat complémentaire santé dans un autre organisme. La fin de la garantie antérieure ne devra pas excéder un mois à la date de souscription à la garantie SMEBA. Dans le cas contraire, la garantie SMEBA prendra effet le 1^{er} du mois qui suit le mois de souscription.

Pour percevoir leurs prestations, les ADHERENTS doivent être à jour de leur cotisation.

Article RM-1-5 Tacite reconduction

Les garanties proposées par la SMEBA (hors CMU) réglées par prélèvement se renouvellent automatiquement par tacite reconduction pour

12 mois supplémentaires sauf dénonciation par lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'adhérent à son agence SMEBA au moins deux mois avant l'échéance, hormis les cas particuliers prévus au règlement mutualiste.

En l'espèce, la date d'échéance étant au 30 septembre de chaque année, la dénonciation doit parvenir à la mutuelle avant le 30 juillet de la même année, le cachet de la poste faisant foi.

Les adhésions réglées par tout autre moyen que le prélèvement prennent fin au 30 septembre de l'année universitaire sauf cas particuliers cités dans le présent règlement mutualiste.

Section II Exécution du contrat

Article RM-1-6 Défaut de paiement

A défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration des trente jours précités. La garantie non-résiliée reprend pour l'avenir ses effets à midi, le lendemain du jour où ont été payées la cotisation ou les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement les frais de poursuites et de recouvrement. (article L.221-7 du code de la mutualité)

Article RM-1-7 Résiliation

L'adhésion, quelle que soit la date de souscription dans l'année, prend fin le 30 septembre de l'année universitaire en cours. Le membre participant doit confirmer son engagement chaque année en remplissant les conditions et les formalités d'adhésion. Dans le cas contraire, la mutuelle procède automatiquement à la résiliation de la garantie (article L.221-10).

Article RM-1-8 Prescription

Conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations décrites dans le présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à dix ans lorsque pour le décès, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants

Article RM-1-9 Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime

et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Chapitre 2

L'individuelle Accident

Article RM-1-10 Définition

La SMEBA assure la gestion directe et couvre les risques de l'individuelle accident (branche 1).

La garantie Individuelle Accident proposée au sein l'ensemble des garanties de la SMEBA concerne des soins consécutifs à un accident. Elle permet le remboursement des frais réels restés à charge dans la limite de 400 % du tarif plafond conventionnel avec un maximum de 4600 €, déduction faite éventuellement des prestations de la sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance.

Article RM-1-11 Exclusions

Cette garantie ACCIDENT CORPOREL ne peut englober les dommages subis par l'adhérent à la suite :

- d'une guerre étrangère (l'adhérent ou les bénéficiaires devront prouver que les dommages ne sont pas dus à un fait de guerre),
- d'une guerre civile, d'actions de terrorisme ou de sabotage, grèves, émeutes ou mouvements populaires,
- d'une éruption volcanique, d'un tremblement de terre, d'une inondation, d'un raz-de-marée ou de tout cataclysme,
- d'un engin de guerre (pistolet, grenade, fusil, bombe ...) dont la détention est interdite et que sciemment, l'adhérent aura eu en sa possession ou détenu ou manipulé,
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de radioactivité, des radiations par accélération artificielle des particules,
- de suicide ou tentative de suicide,
- de l'utilisation de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement, d'un état d'ivresse,
- d'une affection ou maladie grave (aliénation mentale, psychose, névrose, attaque d'apoplexie, épilepsie, maladie de Parkinson, syndrome cérébelleux, atteintes neurologiques, dégénératives, rupture d'anévrisme, ulcère et de façon générale toute affection organique dont le processus de développement a provoqué le dommage),
- de congestion, congélation, insolation, sauf s'il s'agit de la conséquence d'un accident garanti.

Les sports suivants sont également exclus de la garantie :

- sports aériens y compris le vol à voile, le vol libre et le parachutisme,
- ascensions en montagne et alpinisme sans guide professionnel,
- ski hors pistes balisées et des limites de sécurité définies par les stations (hors zone des pistes),

- ski sur pistes glaciaires (vallée blanche...),
- saut à ski au tremplin,
- skeleton, bobsleigh, luge sur piste, hockey sur glace,
- chasse, tir sous toutes ses formes,
- yachting à plus de cinq miles des côtes,
- plongée sous-marine avec appareil autonome,
- sport de combat (boxe, lutte...),
- spéléologie,
- polo
- toutes exhibitions acrobatiques.

Seuls les accidents survenus pendant la période d'effet des garanties sont pris en charge.

② GARANTIES SANTE RESPONSABLES

**BRISE – CIEL – DUNES – ECUMES
GLOBE TROTTER'S**

**Ces garanties sont éligibles au dispositif
de l'aide à la mutualisation**

Obligations de la mutuelle envers ses ADHERENTS

Article RM-2-1 Versement des prestations

La mutuelle assure directement des prestations mutualistes complémentaires de l'assurance maladie pour les soins effectués sur le territoire Français.

Tout adhérent, affilié ou non à un régime de sécurité sociale, ayant droit ou non d'assuré social, peut bénéficier des prestations mutualistes complémentaires de l'assurance maladie.

La garantie Globe Trotter's permet le versement de prestations dues à des frais médicaux effectués dans le monde entier et ce pour des soins qui ne pouvaient être effectués avant le départ de France ou qui nécessitent d'être dispensés avant le retour en France. **Dans le cadre d'un traitement médical débuté en France avant le départ à l'étranger et devant se poursuivre sur prescription médicale, un accord préalable de la SMEBA est requis.**

Article RM-2-2 Prise d'effet de la garantie

Le droit aux prestations prend effet au 1^{er} octobre pour toute souscription au cours du premier trimestre de l'année, c'est à dire entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre de l'année civile ; cette souscription suppose le versement d'une cotisation annuelle.

Pour toute souscription de garantie à partir du 1^{er} janvier avec versement d'une cotisation annuelle (possibilité du paiement fractionné), ou dans le cas de souscription avec cotisation au prorata (possible uniquement en garanties BRISE, CIEL), la prise d'effet est :

- le 1^{er} du mois en cours au moment de l'adhésion si l'adhérent fournit un certificat de radiation ou tout autre document justifiant de son adhésion antérieure dans un autre organisme et datant de moins d'un mois
- le 1^{er} du mois qui suit le mois de souscription dans le cas où l'adhérent ne pourrait pas justifier de son adhésion antérieure et ceci

concernant les soins en maladie. En cas d'accident, la prise d'effet est portée au lendemain 0 heure de la date de réception de l'adhésion par la SMEBA.

Seules les garanties BRISE et CIEL peuvent être souscrites en cours d'année et pour le nombre de mois restant à courir jusqu'à échéance du contrat.

La cotisation minimale demandée est de 3 mensualités.

Les prestations ne peuvent être versées que pour des actes dispensés ou des frais exposés pendant la période d'ouverture des droits.

Pour toute souscription de la garantie GLOBE TROTTER'S, **le droit aux prestations pour des soins effectués dans le pays de séjour prend effet le lendemain du jour de souscription.**

Article RM-2-3 Droit aux prestations

Le droit aux prestations cesse pour le mutualiste en même temps que ses droits aux prestations de la sécurité sociale étudiante, soit, sauf cas particuliers, au 30 septembre.

L'étudiant régulièrement affilié qui, au cours de l'année universitaire se trouve dans l'incapacité médicale dûment constatée de poursuivre ses études, peut bénéficier des prestations complémentaires de l'assurance maladie servies par la mutuelle s'il peut prétendre aux prestations de la sécurité sociale, tant que cette incapacité subsiste et au maximum pendant les deux années universitaires qui suivent le début de l'incapacité sans renouvellement de l'inscription universitaire.

Les prestations servies aux sociétaires qui ne sont affiliés ni au régime général, ni au régime étudiant de la sécurité sociale, sont égales à celles qui leur seraient servies par la SMEBA pour la part mutualiste s'ils étaient affiliés à l'un de ces régimes.

Les droits aux prestations mutualistes cessent au 30 septembre de la 3^{ème} année universitaire suivant la date de début des soins.

Article RM-2-4 Cumul des prestations

Les prestations de la mutuelle peuvent être cumulées avec celles de la sécurité sociale ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance. Toutefois, le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Article RM-2-5 Montant des prestations en nature versées sur le territoire français

Tous les actes pris en charge par le régime étudiant de la sécurité sociale sont couverts dans le cadre de la législation en vigueur.

Conformément à la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la santé publique et au décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2006, les garanties responsables proposées par la SMEBA **ne pourront comprendre :**

- la participation forfaitaire
- la prise en charge de la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale (le reste à charge en cas de non choix du médecin traitant)
- les dépassements d'honoraires effectués hors parcours de soins

De plus, conformément à l'article 37 de la loi de finances 2009 portant sur la présomption de non prise en charge des franchises dans le cadre des contrats responsables, les garantes citées dans la présente section ne prennent pas en charge les franchises médicales instituées en application du III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Le remboursement au titre du ticket modérateur ne sera pris en charge que dans le cadre des soins effectués dans le respect du parcours de soins et dans la limite des tarifs appliqués dans le cadre de la Classification Communes des Actes Médicaux.

Le remboursement du ticket modérateur pour des soins effectués hors parcours de soins se fera dans la limite du montant du ticket modérateur appliqué dans le cadre du respect du parcours de soins.

Article RM-2-6 Contenu de la garantie BRISE

Cette garantie offre le remboursement légal à 100% du ticket modérateur sur la **base du tarif conventionnel** et dans le cadre du respect du parcours de soins pour :

- l'hospitalisation médicale et chirurgicale
- les consultations et visites à domicile des médecins généralistes et spécialistes des secteurs 1 et 2 et leurs majorations
- les actes chirurgicaux,
- Les frais pharmaceutiques,
- les frais d'analyse ou de laboratoire

Elle offre en sus l'accès au forfait et au versement des indemnités suivantes :

- une indemnité « vaccin » et traitement anti-paludéen
- un forfait « fracture »
- une indemnité « journalière hospitalisation »
- une indemnité « prescription pharmaceutique »
- une indemnité « contraception »
- une indemnité « sevrage tabagique »
- une indemnité « bien être »
- une indemnité « ostéopathie »
- une indemnité « prévention IST » : préservatif masculin

Article RM-2-7 Contenu de la garantie CIEL

Cette garantie offre le remboursement légal à 100 % du ticket modérateur sur la base du **tarif conventionnel** pour l'ensemble des soins effectués dans le cadre du respect du parcours de soin.

Elle offre en sus l'accès au forfait et au versement des indemnités suivantes :

- une indemnité « vaccin » et traitement anti-paludéen

- un forfait « fracture »
- une indemnité « journalière hospitalisation
- une indemnité « sevrage tabagique »
- une indemnité « contraception »
- une indemnité « prescription pharmaceutique »
- une allocation « naissance »
- une indemnité « bien être »
- une indemnité « ostéopathie »
- une indemnité « prévention IST » : préservatif masculin

Article RM-2-8 Contenu de la garantie DUNES

Cette garantie offre le remboursement légal à 100 % du ticket modérateur sur la **base du tarif conventionnel** pour l'ensemble des soins effectués dans le cadre du respect du parcours de soins.

Elle offre en sus l'accès au forfait et au versement des indemnités suivantes :

- une indemnité « vaccin » et traitement anti-paludéen
- un forfait « fracture »
- une indemnité « journalière hospitalisation »
- une indemnité « optique/lunettes ou optique/lentilles »
- une indemnité « sevrage tabagique »
- une allocation « naissance »
- une indemnité « contraception »
- une indemnité « prothèse auditive »
- une indemnité « prescription pharmaceutique »
- une indemnité « bien être »
- une indemnité « ostéopathie »
- une indemnité « prévention IST » : préservatif masculin

Article RM-2-9 Contenu de la garantie ECUMES

Cette garantie offre le remboursement légal à 100 % du ticket modérateur sur la **base du tarif conventionnel** pour l'ensemble des soins effectués dans le cadre du respect du parcours de soins.

Elle prend également en charge le remboursement des **dépassements d'honoraires** des généralistes et des spécialistes conventionnés en honoraires libres ou à option coordonnée, dans la limite de 130% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale dans le cadre des visites ou des consultations de généralistes ou spécialistes et dans le **respect du parcours de soins**.

Elle offre en sus l'accès au forfait et au versement des indemnités suivantes :

- une indemnité « vaccin »
- un forfait « fracture »
- une indemnité « journalière hospitalisation
- une indemnité « bien être »
- une allocation « naissance »
- une indemnité « optique/lunettes ou optique/lentilles »
- une indemnité « prothèses dentaires »
- une indemnité « contraception »
- une indemnité « sevrage tabagique »
- une indemnité « prothèse auditive »

- une indemnité « prescription pharmaceutique »
- une indemnité « orthopédie » (semelles et petit appareillage)
- une indemnité « ostéopathie »
- une indemnité « prévention IST » : préservatif masculin

Attention : La prise en charge des dépassements d'honoraires prévue dans la garantie complémentaire Ecumes ne sera pas appliquée dans le cadre de soins effectués hors parcours de soins, comme prévu à l'article L.817 du code de la sécurité sociale.

Article RM-2-10 Contenu de la garantie GLOBE TROTTER'S

Cette garantie offre pour les soins effectués en France, le remboursement légal à 100 % du ticket modérateur sur la base du **tarif conventionnel** pour l'ensemble des soins effectués dans le cadre du respect du parcours de soin. En l'absence de régime obligatoire en France, la garantie n'intervient que sur la part complémentaire.

Elle offre en sus l'accès au forfait et au versement des indemnités suivantes :

- en France, une indemnité « vaccin »
- un forfait « fracture »
- en France, une indemnité « journalière hospitalisation »
- une indemnité « prévention IST » : préservatif masculin

De plus, cette garantie permet une prise en charge de 100 % des frais réels concernant certains frais médicaux dans le **pays de séjour** du membre participant (monde entier) et ce, à hauteur de 160 000 € par personne. Les frais médicaux pris en charge par la SMEBA sont :

- frais médicaux hors hospitalisation (consultation, visite, radiographie, analyse, pharmacie)
- auxiliaires médicaux suite à un accident : frais de kinésithérapie garantie uniquement après intervention chirurgicale prise en charge par AIG ASSIST
- orthodontie, prothèses dentaires suite à un accident jusqu'à 460 €/an
- soins dentaires suite à un accident jusqu'à 460 €/an
- autres prothèses, optique suite à un accident jusqu'à 460 €/an
- frais dentaire d'urgences jusqu'à 460 €/an sous déduction d'une franchise par sinistre de 30 €

ARTICLE RM-2-11 Contenu des forfaits et indemnités

Tous les montants des indemnités et des forfaits sont indiqués dans la brochure d'information de l'année universitaire en cours.

- **indemnité « vaccin » et traitement anti-paludéen** plafonné par an et par garantie, prenant en charge les vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale

- **forfait « fracture »** plafonnée par an et par garantie en cas de fracture incapacitante dûment constatée par une autorité médicale,

- **indemnité « journalière hospitalisation »** équivalente à 100% du montant du forfait journalier hospitalier (plafonnée à trente jours dans le cas de séjours pour traitement psychiatrique ou de séjours dans des établissements spécialisés)

- **indemnité « bien être »** plafonnée par an et par garantie prenant en charge les dépenses non remboursées par la Sécurité Sociale et par la couverture complémentaire, dans le cadre de :

- l'homéopathie pour les frais pharmaceutiques
- l'acupuncture et la médecine traditionnelle chinoise
- les consultations de diététiciens
- les consultations psychologiques

pour des soins et actes effectués dans la limite de leur compétence et du cadre réglementaire appliqué à leur profession. Les praticiens ou professionnels doivent être autorisés à exercer par les Caisses d'Assurance Maladie ou inscrits à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ou inscrits dans leurs instances professionnelles.

- **indemnité « ostéopathie »** plafonnée par an et par garantie à concurrence de une, deux ou trois consultations en fonction des garanties

- **allocation « naissance »** versée au moment de la naissance au titre de la qualité d'adhérent ou d'adhérente, père ou mère. Dans le cas où les deux parents seraient adhérents à la garantie, l'allocation sera versée deux fois. En cas de naissance multiple, l'allocation sera versée pour un seul enfant.

- **indemnité « optique/lunettes ou optique/lentilles »** plafonnée par an, dans le cas où les frais réels exposés seraient supérieurs aux prestations de l'assurance maladie et de la mutuelle,

- **indemnité « prothèses dentaires »** (couronnes ou bridges) plafonnée par an, dans le cas où les frais réels exposés seraient supérieurs aux prestations de l'assurance maladie et de la mutuelle, que le remboursement des prothèses soit accepté ou non par l'assurance maladie,

- **indemnité « contraception »** plafonnée par an et par garantie ouvrant droit à la prise en charge des produits contraceptifs féminins non remboursés par la Sécurité Sociale,

- **indemnité « prévention IST »** – plafonnée par an et par garantie ouvrant droit à la prise en charge des **préservatifs masculins** sur présentation de factures nominatives. Versement en une seule fois dans l'année.

- **indemnité « sevrage tabagique »** d'un montant versé trois fois permettant la prise en charge partielle des traitements de sevrage tabagique prescrits médicalement (PATCH, etc...), cette indemnité étant versée à hauteur du montant indiqué dans la brochure le premier mois puis le deuxième mois et enfin le troisième mois.

- **indemnité « prothèse auditive »** dont le versement est limité à une fois par an et par garantie, dans le cas où les frais réels

exposés seraient supérieurs aux prestations de l'assurance maladie et de la mutuelle,

- **indemnité « prescription pharmaceutique »** permettant la prise en charge de traitement(s) pharmaceutique(s) prescrit(s) par un pharmacien et relatif(s) à des médicaments avec vignettes ; indemnité versée en une ou plusieurs fois sur présentation d'une facture pharmaceutique nominative sur laquelle devront être apposées les vignettes,

- **une indemnité « orthopédie »** (semelles et petit appareillage) plafonnée par an et par garantie, dans le cas où les frais réels exposés seraient supérieurs aux prestations de l'assurance maladie et de la mutuelle.

ARTICLE RM-2-12 Exclusions

Pour toutes les garanties mutualistes complémentaires à l'assurance maladie, les cotisations sont affectées à la couverture des prestations en nature et en espèces ainsi qu'aux indemnités et allocations mutualistes assurées directement par la mutuelle.

Sont exclus les risques suivants :

- **les actes de chirurgie esthétique, sauf si leur nécessité résulte d'un accident.**

Pour la garantie Globe Trotter's, les frais médicaux non garantis dans le **pays de séjour** sont :

- les frais inhérents à des maladies ou accidents antérieurs à la souscription du contrat ainsi que leurs suites
- les orthèses et les prothèses (sauf suite à un accident)
- les soins dentaires (sauf suite à un accident et urgence)
- les frais d'optique et soins orthoptiques, les massages et la kinésithérapie (sauf suite à un accident)
- la dermatologie
- l'acupuncture
- les traitements de soins esthétiques sauf si leur nécessité résulte d'un accident
- les maladies mentales, les dépressions nerveuses, les tentatives de suicides, les MST
- les bilans de santé
- les frais de vaccination
- les dépenses relatives à la contraception, à l'IVG, à la stérilité et à la maternité
- les cures et séjours en maison de repos et de rééducation
- les frais annexes lors d'une hospitalisation (chambre individuelle, TV, tél...)
- les traitements ou dépenses médicales pratiqués par un médecin ou praticien non qualifié

Sont également exclus tous frais médicaux qui auraient pu être effectués au retour de l'adhérent dans son pays de résidence.

Article RM -2-13 Fonds d'entraide mutualiste

Des secours exceptionnels, prélevés sur un fonds spécial déterminé annuellement par

l'assemblée générale peuvent être alloués par le conseil d'administration aux membres participants et à leurs ayants droit, en cas de nécessité financière, pour faire face à des dépenses non ou mal remboursées par la sécurité sociale. Cependant, la demande n'est prise en compte que dans le cas où la sécurité sociale aurait refusé des prestations supplémentaires ou des secours exceptionnels.

La demande est adressée à la Commission désignée par le Conseil d'Administration qui pourra demander toutes précisions sur les ressources personnelles ou familiales de l'adhérent, pour examiner le bien fondé de la demande.

Article RM-2-14 Accès aux prestations des unions

Par son affiliation à des unions de mutuelles, la mutuelle permet à ses membres participants de bénéficier des prestations servies par l'intermédiaire de ces unions auxquelles la mutuelle sera affiliée dans les conditions prévues par les statuts et règlements des organismes intéressés, tant en ce qui concerne les cotisations que les prestations.

Article RM-2-15 Subrogation

Le souscripteur de la garantie Globe Trotter's subroge la SMEBA dans ses droits à remboursement au titre de l'assurance maladie pour les soins ayant fait l'objet d'un règlement au titre du présent règlement mutualiste. De ce fait, le remboursement de soins sera intégralement par la SMEBA sur la base de la garantie Globe Trotter's. Le souscripteur est déchargé de toute démarche vis à vis de l'organisme de Sécurité Sociale pour la part des soins remboursables à son retour en France par celui-ci.

③ GARANTIES SANTE NON-RESPONSABLES

ALIZEE – VITAMINE'S

Ces garanties ne sont pas éligibles au dispositif de l'aide à la mutualisation

Article RM-3-1 Versement des prestations

La mutuelle assure directement des prestations mutualistes complémentaires de l'assurance maladie pour les soins effectués sur le territoire Français.

Tout adhérent, affilié ou non à un régime de sécurité sociale, ayant droit ou non d'assuré social, peut bénéficier des prestations mutualistes complémentaires de l'assurance maladie.

Article RM-3-2 Prise d'effet de la garantie

La garantie Alizée obéit aux mêmes règles de prise d'effet que les garanties responsables.

En revanche, le droit aux prestations de la garantie sur-complémentaire prend effet au 1^{er} du mois qui suit au moment de l'adhésion et ce, à tout moment de l'année. Cette garantie est souscrite pour une durée de 12 mois.

Article RM-3-3 Droit aux prestations

Le droit aux prestations cesse pour le mutualiste en même temps que ses droits aux prestations de la sécurité sociale étudiante, soit, sauf cas particuliers, au 30 septembre.

Pour VITAMINE'S, le droit aux prestations correspond aux dates de souscription qui peuvent être différente de l'année universitaire.

Article RM-3-4 Cumul des prestations

Les prestations de la mutuelle peuvent être cumulées avec celles de la sécurité sociale ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance. Toutefois, le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Article RM-3-5 Montant des prestations en nature versées sur le territoire français

La garantie ALIZEE ne prendra pas en charge :

- la participation forfaitaire
- la prise en charge de la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale (le reste à charge en cas de non choix du médecin traitant)
- les dépassements d'honoraires effectués hors parcours de soins

Le remboursement au titre du ticket modérateur ne sera pris en charge que dans le cadre des soins effectués dans le respect du parcours de soins et dans la limite des tarifs appliqués dans le cadre de la Classification Communes des Actes Médicaux.

Le remboursement du ticket modérateur pour des soins effectués hors parcours de soins se fera dans la limite du montant du ticket modérateur appliqué dans le cadre du respect du parcours de soins.

Aucune prestation en nature ne sera versée Dans le cadre de la garantie sur-complémentaire.

Article RM-3-6 Contenu de la garantie ALIZEE

Cette garantie offre le remboursement légal à 100 % du ticket modérateur sur la **base du tarif conventionnel** et dans le cadre du respect du parcours de soins pour :

- l'hospitalisation médicale et chirurgicale
- les consultations et visites à domicile des médecins généralistes des secteurs 1 et 2 et leurs majorations
- les actes chirurgicaux,
- les frais pharmaceutiques remboursés à 65% par la Sécurité Sociale (vignettes blanches)

Elle offre en sus l'accès au forfait et au versement des indemnités suivantes :

- Une indemnité « vaccins » et traitement anti-paludéen
- Un forfait « fracture »
- une indemnité « journalière hospitalisation »

- une indemnité « prescription pharmaceutique »
- une indemnité prévention IST : préservatif masculin

Le détail des indemnités est précisé dans les règlements mutualistes des Garanties Responsables.

Article RM-3-7 Contenu de la garantie VITAMINE'S

Cette garantie comprend les assurances incluses dans l'assurance universitaire (voir le règlement mutualiste).

Elle offre en sus l'accès au forfait et au versement des indemnités suivantes :

- une indemnité « vaccin » et traitement anti-paludéen
- un forfait « fracture »
- une indemnité « contraception »
- une indemnité « prescription pharmaceutique »
- une indemnité « sevrage tabagique »
- une indemnité prévention IST : préservatif masculin

Le détail des indemnités est précisé dans les règlements mutualistes des Garanties Responsables.

ARTICLE RM-3-8 Exclusions

Sont exclus les risques suivants :

- les actes de chirurgie esthétique, sauf si leur nécessité résulte d'un accident.

Article RM-3-9 Fonds d'entraide mutualiste et accès aux prestations des Unions

Ces aides sont détaillées dans le règlement mutualiste des Garanties Responsables.

④ COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Article RM-4-1 Création de la Couverture Maladie Universelle

Conformément à l'article L 861-7 du Code de la Sécurité Sociale et à l'arrêté du 24 décembre 1999 paru au Journal Officiel du 31 décembre 1999 portant sur la liste régionale des organismes participant à la protection complémentaire en matière de santé instituée par la loi N°99-641 du 27 juillet 1999, la SMEBA a décidé de participer au dispositif portant création de la couverture maladie universelle et s'est inscrite auprès du préfet de région sur la liste établie à cet effet.

Article RM-4-2 Engagements

La SMEBA s'engage :

1 - A accepter la demande de souscription d'un contrat ou d'une adhésion offrant sans aucune contrepartie contributive les prestations mentionnées au 3 de tout bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé sur l'ensemble du territoire métropolitain et dans les départements d'outre-mer ;

2 - A ne subordonner l'entrée en vigueur de l'adhésion ou du contrat mentionné au 1 à

aucune autre condition ou formalité que la réception du document attestant le droit à la protection complémentaire en matière de santé ;

3 - A servir, en dispense d'avance des frais, et sans contrepartie contributive et pour l'intégralité de la période d'attribution du droit, les prestations définies à l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale, à savoir :

a) La participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires;

b) Le forfait journalier prévu à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale ;

c) Les frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans les limites fixées par l'arrêté interministériel prévu au deuxième alinéa de l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale, pour le compte de tout bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé qui s'adresserait à l'organisme ;

4 - Le cas échéant, à modifier les clauses du contrat ou de l'adhésion initialement souscrite en une garantie conforme au 3 de tout bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé qui n'est pas engagé avec l'organisme dans un accord collectif obligatoire d'entreprise, et à lui proposer, si la garantie initiale souscrite s'applique également à des risques différents de la garantie prévue à l'article L.861-3, un contrat correspondant aux conditions de droit commun ;

5 - Le cas échéant, à rembourser la fraction de la prime ou du contrat afférent à la garantie initiale pour la période complémentaire en matière de santé et l'expiration de la période de garantie initiale;

6- A proposer à toute personne ayant bénéficié de la protection complémentaire en matière de santé auprès de l'organisme, à l'expiration du droit aux prestations prévues au 1, une prolongation de son contrat ou de son adhésion pendant un an pour le service des mêmes prestations et pour un tarif n'excédant pas le montant fixé par arrêté ;

7 - A diffuser au plus tard le 1^{er} novembre de chaque année une liste actualisée des implantations de la SMEBA au préfet de chaque région concernée portant mention de leurs adresses postales.

Article RM-4-3 Terme de l'engagement

La SMEBA prend acte que :

- sa participation peut prendre fin à sa demande par lettre recommandée avec accusée de réception, au 1^{er} janvier de l'année suivant celle au cours de laquelle elle a été effectuée, à condition d'être parvenue au préfet de la région qui l'a inscrit, au plus tard le 1^{er} novembre précédent ;

- le manquement de l'organisme à l'un des engagements prévus aux 1,2 et 3 peut être sanctionné par la radiation de la liste et par les peines prévues au III de l'article L.861-10 du code de la sécurité sociale.

Chapitre 1

Obligations de la mutuelle envers ses ADHERENTS**Article RM-5-1 Contenu de l'Assurance Universitaire**

A l'intérieur de l'Assurance Universitaire, la SMEBA propose les garanties suivantes :

- Individuelle Accident
- Prévoyance examen
- Rente évènement familial

Article RM-5-2 Prise d'effet et terme de l'assurance

L'Assurance Universitaire prend effet le jour de l'adhésion + un jour à partir du 1^{er} octobre de chaque année universitaire et ce jusqu'au 30 septembre de l'année universitaire en cours. Elle se reconduit tacitement au 1^{er} octobre qui suit l'échéance du contrat. Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée au plus tard deux mois avant la date d'échéance. Comme précisé dans l'article RM-1-5, la tacite reconduction n'est applicable qu'en cas de règlement par prélèvement.

Toutefois, lors de la première adhésion à l'Assurance Universitaire, la couverture des assurances peut prendre effet à partir du 1^{er} juillet précédent la rentrée universitaire dans la condition où l'adhérent a souscrit à partir de cette date.

Les prestations ne peuvent être versées que pour des sinistres survenant pendant la période de couverture de l'Assurance Universitaire (jour de l'adhésion + un jour jusqu'au 30 septembre de l'année universitaire en cours).

Chapitre 2

Individuelle Accident**Article RM-5-3 Définition**

La garantie individuelle accident permet d'une part le remboursement des soins consécutifs à un accident à hauteur des frais réels restés à charge dans la limite de 400 % du tarif plafond conventionnel avec un maximum de 4600 €, déduction faite éventuellement des prestations de la sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance.

ARTICLE RM-5-4 Exclusions

La liste des exclusions est détaillée dans les conditions générales d'adhésions.

ARTICLE RM-5-6 Déclaration de sinistre

La déclaration d'accident est à effectuer dans les cinq jours, auprès de la SMEBA, par lettre recommandée avec AR.

Chapitre 3

Prévoyance Examen**Article RM -5-7 Définition**

En cas de circonstances exceptionnelles, la SMEBA verse un capital à l'adhérent lorsque

celui-ci ne peut de présenter à ses examens terminaux et doit redoubler son année universitaire.

La garantie Prévoyance Examen prévoit :

- le remboursement à l'étudiant assuré des ses frais de réinscription à l'examen, de réinscription en cas de redoublement de son année scolaire ou universitaire, de sa cotisation de réinscription à la sécurité sociale étudiante et le versement d'un capital forfaitaire de 800 €, et ce dans la limite de 4500 € par sinistre et par année scolaire ou universitaire en cas de survenance, durant la période de garantie, d'un des événements suivants empêchant l'étudiant assuré de participer aux examens scolaires ou universitaires prévus et l'obligeant à redoubler son année d'étude et/ou à repasser ses examens :

- 1- décès d'un des parents (père ou mère), d'un frère ou d'une sœur, du conjoint (époux ou concubin), des enfants légitimes, naturels ou adoptés de l'adhérent
- 2- les conséquences ou les rechutes graves et imprévues de toute maladie qualifiée de longue durée par la Sécurité Sociale dont l'assuré est victime et dont les premières manifestations ou premières rechutes ont été constatées durant l'année universitaire ou au cours de l'année précédente
- 3- l'hospitalisation de plus de 7 jours consécutifs de l'adhérent à la suite d'un accident ou 'une maladie
- 4- l'hospitalisation chirurgicale de plus de 3 jours consécutifs de l'adhérent et dont le montant est égal ou supérieur au seuil prévu pour l'exonération du ticket modérateur.
- 5- la convalescence éventuelle de l'adhérent consécutive à son hospitalisation telle que définie au point 3 et 4

Article RM-5-8 Périodes garanties

L'évènement doit intervenir durant l'une des périodes garanties suivantes :

- période d'examen final (entre le 1^{er} et le dernier jour des épreuves terminales)
- les 8 jours civils précédents le 1^{er} jour des épreuves
- les 30 jours civils précédents la date du 1^{er} jour des derniers examens possibles pour passer en année supérieure (examen final / cession de rattrapage)

La garantie prend effet 60 jours après la date d'adhésion à l'Assurance Universitaire et prend fin le 30 septembre de l'année en cours.

Sous peine de déchéance, l'assuré doit faire une déclaration écrite, à la SMEBA, au plus dans les **15 jours** qui suivent la date à laquelle il a connaissance du sinistre.

Article RM-5-9 Exclusions

Sont toujours exclus de la garantie :

- les maladies sauf celles qualifiées de longue durée par la sécurité

sociale et telles que définie ci-dessus,

- les accidents survenant antérieurement à la période de garantie
- les accidents occasionnés par la guerre étrangère et la guerre civile
- les accidents causés ou provoqués intentionnellement par l'assuré,
- les accidents causés par l'utilisation de stupéfiants ou substances analogues, médicaments, traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée,
- les accidents causés par l'état alcoolique de l'assuré caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile
- les conséquences du suicide consommé ou tenté de l'assuré

Sont exclus de la garantie, les accidents survenant :

- lorsque l'assuré pratique un sport à titre professionnel
- lorsque l'assuré pratique ou prend part à une course amateur nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur terrestre, aérien ou aquatique,
- lorsque l'assuré utilise en tant que passager les appareils aériens n'appartenant pas à une compagnie régulière ou « charter » dûment agréée pour le transport payant des voyageurs sur lignes régulières
- lors de la pratique ou de l'utilisation par l'assuré en tant que pilote ou passager d'ULM, deltaplane, aile volante, vol à voile, aérostats, parachute ou parapente ainsi que lors de la pratique par l'assuré des sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- lors de l'utilisation par l'assuré en tant que pilote ou membre d'équipage d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs
- lors de la participation de l'assuré à des rixes (sauf cas de légitime défense), des crimes, des paris de toute nature,

Sont exclus de la garantie, pour les maladies :

- les cures thermales, hélio marines, les cures de repos, de sommeil, de désintoxication, les traitements à but de rajeunissement et d'amincissement, les cures diététiques pour correction d'insuffisance ou d'excès pondéral,
- les examens médicaux périodiques, de contrôle et d'observation, qu'ils soient relatifs ou non aux maladies antérieures ou postérieures à la date d'effet du contrat,
- les traitements liés à la grossesse, l'accouchement, la maternité, l'interruption volontaire de grossesse,
- les traitements de maladies nerveuses et mentales, quel que soit leur type, les affections de type psychiatrique, les dépressions de toute nature et l'aliénation mentale

Chapitre 4
Rente Evènement Familial

Article RM-5-10 Assuré

L'assuré est le père, ou la mère, ou le tuteur du demandeur de l'Assurance Universitaire. En outre l'assuré doit être âgé de moins de 80 ans.

Article RM-5-11 Définition

En cas de décès accidentel de l'assuré ou d'invalidité absolue, définitive accidentelle, la SMEBA verse au titulaire de l'assurance universitaire, un capital forfaitaire égal à 300 € multiplié par le nombre de mois restant à courir entre le mois du sinistre et le mois de septembre de l'année universitaire en cours. Le mois du sinistre est le mois du décès (en cas de décès) ou le mois de reconnaissance de l'IADA (en cas d'IADA).

En cas de décès accidentel des deux parents ou du responsable financier suite à un même évènement, la garantie ne s'applique qu'une fois.

Un accident est défini comme étant une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré résultant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure. Ne constitue pas un accident une lésion ou réaction de l'organisme causée par un effort, un choc émotionnel, des substances toxiques, médicamenteuses ou stupéfiantes, des radiations ionisantes. La preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le sinistre incombe au titulaire de l'assurance universitaire.

Une invalidité absolue et définitive accidentelle (IADA) est une impossibilité totale et définitive avant le 60^{ème} anniversaire de l'assuré d'exercer une activité ou un travail lui rapportant gains ou profit suite à un accident et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie.

Article RM-5-12 Prise d'effet et terme de l'assurance

L'assurance prend effet à la même date que l'adhésion à l'assurance universitaire sous réserve du paiement de la cotisation d'assurance. Elle est conclue pour une durée ferme et cesse automatiquement au 30 septembre de l'année universitaire en cours.

Article RM-5-13 Déclaration

Le sinistre doit être déclaré auprès de la SMEBA, par lettre recommandée avec A/R dans les 30 jours qui suivent sa survenance sous peine de déchéance.

Pour l'instruction du dossier, il sera demandé : un extrait d'acte de décès (pour le décès) ; la notification de reconnaissance de l'IADA par la sécurité sociale ou un organisme similaire ; un certificat médical établissant les liens de causalité entre l'accident et le sinistre ; le procès verbal de gendarmerie ou rapport de police permettant d'établir le lien entre le sinistre et l'accident ; un extrait d'acte de naissance du titulaire de l'assurance universitaire.

La SMEBA se réserve la possibilité de demander d'autres pièces en rapport avec la

mise en œuvre de la garantie. L'instruction du dossier ne peut intervenir que si le dossier est complet. Pour la garantie IADA, les décisions de la Sécurité Sociale ou d'un organisme similaire ne s'imposent pas à la SMEBA qui peut faire procéder à un contrôle médical.

Article RM-5-14 Exclusions

Ne sont pas garantis :

- **un accident survenu antérieurement à la date d'effet d'adhésion**
- **le suicide**
- **les cataclysmes naturels**
- **l'ivresse, la consommation de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement**
- **une maladie**
- **une guerre civile ou étrangère**
- **un acte de terrorisme**
- **un sabotage, un attentat, une émeute ou un mouvement populaire**
- **les courses amateurs ou professionnelles nécessitant l'utilisation d'un engin aérien à moteur, aquatique ou terrestre**
- **la pratique d'un sport à titre professionnel**
- **le pilotage ou la pratique d'un sport aérien**
- **les effets directs ou indirects de la modification de la structure du noyau atomique**

L'Assurance Universitaire présentée dans ce règlement mutualiste est complétée par des assurances souscrites par la SMEBA pour le compte de ses adhérents. Les risques couverts en sus de ceux supportés par la SMEBA sont les suivants :

- *le service d'informations juridiques*
- *la responsabilité civile y compris RCP*
- *l'individuelle accident*
- *l'assistance et le rapatriement*

SMEBA : Mutuelle des Etudiants de Bretagne Atlantique Maine Anjou Vendée – Régie par le code de la Mutualité et pratique des opérations d'assurance relevant du livre II. Inscrite au RNM sous le n° 305.007.171. Agrément ministériel du 27 mai 2003.