

Notice d'information

INITIAL



L'association GIRPE (Groupement Interprofessionnel de Retraite et de Prévoyance en Entreprise), situé 1 Rue Bourbon 86100 Châtellerauld, est signataire d'un contrat collectif à adhésion facultative avec SMAM Mutuelle et M.P.G.S. dont la gestion a été confiée à SMAM COURTAGE, situé 7 Rue St-Jacques, 86100 Châtellerauld.

Ce contrat est ouvert à la clientèle de SMAM COURTAGE souhaitant adhérer à l'association, chaque client se voit remettre à la signature les statuts et règlement intérieur de l'association et reçoit à l'enregistrement son certificat d'adhésion accompagné le cas échéant d'une notice d'information concernant ses garanties.

Les prestations complémentaires aux régimes sociaux sont servies par SMAM Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité immatriculée au registre national des mutuelles sous le numéro 781337266 et reconnue d'utilité publique depuis 1853 dont le siège social est à La Rochelle (17), et ou par d'autres organismes concernés par les garanties additionnelles telles que l'assistance et la protection juridique médicale.

Les indemnités journalières objet de l'option "Protection hospitalière" sont servies par la M.P.G.S. (Mutuelle pour la Prévoyance et les Garanties Sociales) Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité immatriculée au registre national des mutuelles sous le numéro 434.869.103 - 19, rue de la Trémoille 75019 Paris.

SMAM Courtage et SMAM Mutuelle exercent sous le contrôle de l'ACAM (Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cédex 09.

Mon adhésion

Quelle est la date d'effet de mon adhésion ?

A défaut d'user de ma faculté de renonciation prévue à l'article L. 121-25 du Code de la Consommation et par dérogation à l'article 3 du règlement intérieur et en conformité à la convention ci-avant énoncée, mon adhésion prend effet le **1^{er} JOUR DU MOIS** en cours si elle est réceptionnée à SMAM COURTAGE au plus tard le 15 du mois (le cachet de la poste faisant foi), accompagnée de l'autorisation de prélèvement et d'un RIB.

A défaut, la date d'effet sera reportée au 1^{er} du mois suivant la réception de l'intégralité des pièces précitées. La même règle s'applique aux avenants de modification.

La garantie est toutefois acquise pour tout événement, soudain, imprévisible ou accidentel survenu entre la date de souscription et la date d'effet du contrat dès lors que je justifie d'une absence de garanties dans la période concernée.

Reçoit-on un contrat ?

SMAM COURTAGE me confirme la date d'effet de mon adhésion et l'ouverture de mes droits par l'envoi d'un certificat d'adhésion et d'une carte de droits dans un délai maximum de 7 jours passé mon délai de réflexion.

Quelle est l'échéance ?

Mon adhésion est annuelle, renouvelable par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Est-elle éligible à la loi Madelin ?

Si j'exerce une profession libérale, artisanale ou commerciale, mes cotisations sont déductibles au titre de la loi Madelin, à l'exception de l'option Protection hospitalière.

SMAM COURTAGE peut-elle mettre fin à mes garanties ?

- **LA GARANTIE VIAGÈRE IMMÉDIATE** à l'adhésion acquise sans aucune restriction et l'absence de questionnaire médical m'assure que mon adhésion ne pourra faire l'objet d'un refus ou d'une radiation future du fait de mon état de santé. Toutefois SMAM COURTAGE peut prononcer ma radiation en cas de non-paiement de mes cotisations. Cette radiation n'annule pas la procédure de recouvrement des cotisations dûes et ne donne pas lieu à l'émission de certificat de radiation.
- **Concernant l'option protection hospitalière, les garanties me sont accordées jusqu'à mon 75^{ème} anniversaire, quelle que soit l'évolution de mon état de santé.**

Et si je souhaite interrompre mon adhésion ?

Il m'est possible de mettre fin à mon adhésion au 1^{er} janvier de chaque année **après 1 an au moins de souscription** en faisant parvenir une demande au **SIÈGE de SMAM COURTAGE** avant le 31 Octobre par lettre recommandée avec accusé de réception. Dans ces conditions, un certificat de radiation me sera adressé en fin d'année.

Ma garantie

Suis-je pris en charge immédiatement ?

- **Les prestations INITIAL sont servies immédiatement par SMAM Mutuelle sans délai de carence, et concernent uniquement les soins et prescriptions effectués à compter de la date d'adhésion. Les droits de l'adhérent hospitalisé à la date d'adhésion ne seront garantis que le lendemain suivant sa sortie d'hospitalisation.**
- **La prise en charge de la protection hospitalière s'effectue au 1^{er} jour pour toute hospitalisation d'une durée d'au moins 24 heures consécutives, et au 1^{er} jour en cas de maladie si l'hospitalisation est supérieure à 3 jours consécutifs (franchise relative) après un délai d'attente de 3 mois, pour chaque journée complète passée à l'hôpital.** Toutefois, les hospitalisations dues à une maladie ou à un accident survenues avant la souscription, sont prises en charge que si elles interviennent après 18 mois complets d'assurance, ainsi que les hospitalisations liées à une maternité que si elles interviennent 9 mois après la souscription.

Puis-je bénéficier du Tiers-Payant ?

La carte mutualiste jointe à mon bulletin d'adhésion est destinée à la **prise en charge hospitalière** selon les conventions signées dans chaque département. Pour la garantie maladie ainsi que la garantie optionnelle protection hospitalière les remboursements sont effectués sur présentation du décompte du régime obligatoire.

Que se passe-t-il s'il n'existe pas de convention Tiers-Payant ?

- **Les prestations INITIAL sont réglées directement par SMAM Mutuelle sur présentation des factures acquittées de la clinique ou de l'établissement hospitalier.**
- **Les indemnités protection hospitalière sont servies par SMAM Prévoyance selon l'option choisie sur présentation d'un certificat médical indiquant la cause de l'hospitalisation justifiant qu'elle ne soit pas due à un accident ou à une maladie survenu avant la souscription du contrat et du bulletin de séjour précisant les dates d'entrée et de sortie de l'hôpital.**

Et si je suis hospitalisé ?

La présentation de ma carte mutualiste vaut prise en charge.

En cas de refus, il suffit de demander à l'établissement hospitalier de contacter le service prestations de **SMAM Mutuelle** (La Rochelle). Tél. : **05 46 45 04 04**

Pour la protection hospitalière je dois être informé de mon hospitalisation SMAM Courtage dans un délai de 30 jours. Je retourne dans ce délai mon formulaire de déclaration accompagné des pièces ci-avant désignées.

Y a-t-il des exclusions de garantie ?

- Les garanties INITIAL s'exercent dès lors qu'il y a intervention du Régime Obligatoire. L'engagement de **SMAM Mutuelle** est défini dans le tableau des prestations.
- **L'option Protection Hospitalière ne prendra pas en charge les hospitalisations dues :**
 - à une convalescence ou un séjour en maison de repos, d'hébergement, de plein air, de convalescence, de retraite, les établissements thermaux et climatiques, hospices, services cliniques ou hôpitaux psychiatriques, instituts médico-pédagogiques, services de gérontologie, les établissements de cure, et en établissement de longs et moyens séjours.
 - à l'état de personnes qui n'ont plus leur autonomie de vie d'une manière irréversible et qui nécessite une surveillance constante et/ou des traitements d'entretien, de réadaptation et rééducation fonctionnelle ;
 - à des traitements à but esthétique ou de chirurgie plastique, de rajeunissement, d'amaigrissement,
 - à une maladie psychique, un bilan de santé (check-up),
 - à une interruption volontaire de grossesse,
 - à une faute intentionnelle de l'Assuré,
 - à l'usage de stupéfiants ou drogues, non prescrits médicalement,
 - à un état de démence, à un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur supérieur ou égal à celui prévu par la législation en vigueur au jour du sinistre,
 - à la pratique de sport en qualité de professionnel,
 - à une guerre civile ou étrangère,
 - aux effets de l'énergie nucléaire.

Peut-on augmenter ses garanties pendant la vie du contrat ?

INITIAL : Non, sauf à faire la demande d'une autre adhésion des produits de la gamme, au 1^{er} janvier de chaque année, après au moins 1 an de souscription et sous réserve d'acceptation.

OPTION PROTECTION HOSPITALIÈRE : Après 12 mois complets d'assurance et sauf hospitalisation dont l'assuré a connaissance, le changement peut être accordé sur demande préalable.

Peut-on diminuer ses garanties ?

OPTION PROTECTION HOSPITALIÈRE : oui, après 12 mois complets d'assurance.

Les plus de ma garantie

PROTECTION JURIDIQUE MÉDICALE : 0 810 617 617 24 h/24 7j/7 (coût d'un appel local)

- Besoin d'un renseignement sur la législation relative à la Santé ou aux soins ?
- Vos droits et obligations en cas d'arrêt maladie ?
- Victime d'une erreur médicale ?
- Négligence d'un Hôpital ou d'une Maison de soins ?
- Réticence de la Sécurité Sociale à prendre en charge ?

Cette garantie régie par le code des Assurances, est conforme à la loi n°89-104 du 31/12/1989 ainsi qu'au décret n° 90-697 du 01/08/1990, a été souscrite par SMAM Mutuelle auprès de GROUPAMA PROTECTION JURIDIQUE 45, rue de la Bienfaisance - 75008 PARIS - RCS Paris : B 321776775 et enregistrée sous le n° 600 018/01.

Une note d'information vous est adressée avec votre carte de Tiers payant.

SMAM ASSISTANCE : 0 810 617 617 24 h/24 7j/7 (coût d'un appel local)

Sur simple appel téléphonique préalable et après acceptation de SMAM ASSISTANCE

- **Pour les résidents en France métropolitaine** : Assistance aux personnes suite à maladie ou à hospitalisation.
(se conformer à la notice d'information d'Europ Assistance protocole n° K 91 adressée avec la carte de tiers-payant).
- **Pour les résidents sur les Antilles Françaises, la Guyane et la Réunion** : En cas d'un problème de santé à plus de 25km de votre domicile.
(se conformer à la notice d'information d'Europ Assistance protocole n° U 44 adressée avec la carte de tiers-payant).

Les avantages de SMAM Mutuelle

Tiers payant Mutualité et généralisé

SMAM Mutuelle gère 25 000 conventions de Tiers Payant en France et D.O.M.

Le Tiers Payant SMAM Mutuelle couvre les Régimes Obligatoires des salariés, commerçants, artisans, professions libérales, agricoles (MSA) et les caisses spécifiques de la MFP (fonction publique), de l'ENIM (marins pêcheurs), de la Caisse Nationale Militaire, de la CRPCEN (clerks et employés de notaire) ainsi que le régime RAM GAMEX.

Sur simple présentation de votre carte de Tiers-Payant SMAM Mutuelle :

- prise en charge des frais en milieu hospitalier ou clinique conventionnée.

Ma cotisation

Comment est déterminée ma cotisation ?

Ma cotisation est déterminée en fonction :

- de l'âge de chacun des bénéficiaires (*conjoint, enfants figurant sur ma carte d'assuré social*) par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.
- Les enfants sous le couvert social des parents sont considérés à charge jusqu'à leur 20^{ème} anniversaire.
- Les étudiants, apprentis ou à la recherche d'un premier emploi adhèrent à titre individuel lorsqu'ils ont leur propre numéro d'affiliation social.

Dans les autres cas, l'enfant de moins de 21 ans, ayant son propre numéro de Régime Obligatoire, ou l'ascendant sous la couverture sociale d'un des bénéficiaires du couple est considéré comme un adulte et adhère à titre individuel à un produit de la gamme SMAM COURTAGE.

S'ajoute à la cotisation :

- ✓ 0,80 € par mois et par adhésion au titre des frais accessoires.

Comment évolue ma cotisation ?

En cours d'année en fonction de :

- la modification de ma situation familiale.

Au 1^{er} JANVIER de chaque année en fonction :

- du changement de tranche d'âge de l'adhérent principal.
(par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.)
- des évolutions tarifaires fixées par les instances de SMAM Mutuelle et de l'association GIRPE.
- du choix d'une autre garantie.

A qui je règle mes cotisations ?

A la signature de mon adhésion, je ne règle aucune cotisation ni de frais de dossier.

Passé mon délai de réflexion de 7 jours, et sauf dénonciation de ma part dans ce même délai, SMAM COURTAGE procédera au prélèvement de mes cotisations sur mon compte bancaire, y compris les frais de dossier (le cas échéant) dans les 8 à 15 jours suivant la signature de mon adhésion pour ma première cotisation et ensuite selon la périodicité que j'ai choisie.

Que se passe-t-il en cas d'impayé ?

En cas de retard dans le paiement des cotisations, des pénalités de retard pour compenser les frais de relance sont fixées à :

- 10 € pour un simple rappel ou le rejet du règlement par la banque pour motif imputable à l'adhérent,
- 15 € en cas de mise en demeure, auxquels il convient d'ajouter le coût d'un recommandé avec accusé de réception au moment de l'envoi (tarif fixé par les services postaux).

Dans les conditions définies à l'article L. 221-8 du code de la mutualité, et à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception au membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle peut résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets le lendemain du jour où ont été payés la cotisation arriérée et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement.

Les prestations

Quelles sont les modalités de mes remboursements ?

INITIAL :

Le tableau des prestations ci-dessous m'indique les montants des remboursements selon l'option choisie.

Ils sont exprimés en pourcentage du Tarif de Responsabilité des caisses d'assurance maladie obligatoires et incluent la part de remboursement de ces mêmes régimes.

Les remboursements sont effectués quel que soit le nombre d'intervention par an et par bénéficiaire sauf stipulation contraire définie dans le tableau des prestations.

Le droit aux prestations prend effet immédiatement après l'adhésion et concerne uniquement les soins ou prescriptions effectués à compter de la date d'adhésion. Les soins en cours ou prescrits antérieurement à la date de signature de l'adhésion ne pourront pas faire l'objet d'un remboursement ou d'une prise en charge de la part de SMAM Mutuelle. Cependant, en cas d'adhésion individuelle souscrite lors d'une hospitalisation, le droit aux prestations du bénéficiaire hospitalisé ne prendra effet que le lendemain de la sortie de cette hospitalisation, y compris en cas de transfert d'établissement.

OPTION PROTECTION HOSPITALIÈRE :

Le tableau des options ci-dessous m'indique le montant des indemnités par jour d'hospitalisation.

Les indemnités sont forfaitaires et sont versées à compter du 1^{er} jour et au maximum pendant 1 an sans justificatif de dépense à la condition que l'hospitalisation ait une durée d'au moins 24 heures consécutives en cas d'accident et au 1^{er} jour en cas de maladie si l'hospitalisation est supérieure à 3 jours consécutifs (franchise relative) après un délai d'attente de 3 mois.

A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin-conseil de l'assureur peut avoir accès.

Les hospitalisations non recommandées par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident ainsi que les hospitalisations à domicile ne sont pas couvertes.

Plusieurs hospitalisations successives de l'Assuré pour la même maladie ou le même accident sont considérées comme un seul événement assuré sauf si les causes sont totalement indépendantes ou si, pour la même maladie ou le même accident, les hospitalisations sont espacées de plus de trois mois.

Qui verse les prestations ?

INITIAL :

SMAM Mutuelle (45, 49 avenue Jean Moulin 17034 LA ROCHELLE) verse directement sur votre compte bancaire les prestations.

Grâce aux accords nationaux **NOËMIE**, vous serez remboursés directement de SMAM Mutuelle sans avoir à transmettre le décompte sécurité sociale.

SMAM Mutuelle adresse un justificatif mensuel des virements effectués pour des décomptes donnant lieu à des remboursements sur le mois supérieurs à 3 €.

OPTION PROTECTION HOSPITALIÈRE :

Le paiement des sommes garanties au titre de la protection hospitalière sera effectué dans les 10 jours suivant la réception de toutes pièces justificatives et l'accord des parties, ou le rapport d'expertise s'il y a lieu.

SMAM Courtage, par délégation pourra demander des renseignements complémentaires et notamment des décomptes et notifications de la Sécurité Sociale. Un médecin désigné par SMAM Courtage doit pouvoir, le cas échéant, examiner l'Assuré.

En cas de désaccord, il sera proposé l'arbitrage d'un médecin expert auprès de la cour d'Appel du domicile de l'Assuré.

Le règlement sera établi au nom de l'Assuré. En cas d'hospitalisation de plus de 30 jours, l'allocation sera versée chaque fin de mois.



Vous pouvez utiliser également les services Audiotel ou Internet pour connaître le détail de vos prestations :

Audiotel : 08 90 64 17 06 > 24 h/24 (0,11 €/mn) OU  Internet : www.smamcourtage.com

A l'aide de votre code confidentiel figurant sur vos décomptes de prestations, sur simple appel téléphonique au 08 90 64 17 06 (0,11 €/minute) ou sur internet : www.smamcourtage.com, vous pouvez 7 jours/7 et 24 h/24, suivre le remboursement de vos prestations et consulter nos différents services.

Service E-mail : (Service gratuit d'information aux adhérents).

Il suffit que je me connecte au site Internet de la SMAM en indiquant mon adresse électronique. A chaque remboursement et quel qu'en soit le montant, je recevrai un courrier électronique m'indiquant le montant du règlement qui vient de m'être adressé ; il me suffira de cliquer sur le lien pour connaître le détail. L'inscription au « Service Mail » suspend l'envoi des décomptes papiers.

PRESTATIONS APPLICABLES À COMPTER DU 01/01/08
CONTRAT RESPONSABLE - EN APPLICATION DE LA LOI DU 13 AOÛT 2004.
LES SOINS ET GARANTIES DU CONTRAT INITIAL NE SONT REMBOURSÉS QUE DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS

GARANTIE CHIRURGICALE (1) <i>Les prestations s'entendent y compris le remboursement du régime obligatoire</i>	INITIAL
Hospitalisation médicale ou chirurgicale : Actes de chirurgie - d'anesthésie, de diagnostic, de réanimation Suppléments actes nuit et jours fériés	110% TR
Frais de séjour (1) Établissements conventionnés	Frais réels
Frais de transport Uniquement les transports liés à l'hospitalisation figurant sur la facture hospitalière (SAMU - SMUR)	100% TR
Forfait journalier hospitalier (2) Maladie-Chirurgie <i>Durée illimitée</i>	100% TR
Aérium, Préventorium, Sanatorium <i>(limité à 1 an)</i>	Frais réels
Prothèses, Grand appareillage	100% TR
Protection Juridique Médicale (3)	Maximum 20 000€ TTC par litige en France et dans l'U.E.
Assistance	OUI

BONUS +

GARANTIE MÉDICALE* <i>Les prestations s'entendent y compris le remboursement du régime obligatoire, ces garanties n'ouvrent pas droit au tiers-payant*</i>	
Consultations : Visites - Honoraires Médicaux (4) Médecins, Spécialistes, Professeurs	100% TR
Majoration pour frais de déplacement (4)	100% TR
Actes de nuit ou le dimanche et soins d'urgence (4)	100% TR
Analyses - Actes de biologie (4)	100% TR
Frais Pharmaceutiques (vignettes blanches prises à 65% par le RO)	100% TR
Actes de prévention (prise en charge de 2 actes) (5)	100% TR

Une carte de Tiers-Payant est adressée pour les actes liés à la garantie chirurgicale.

*Pour la garantie médicale, les remboursements sont effectués sur présentation du décompte du régime obligatoire.

LEXIQUE

T.R. : Tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (comprenant le tarif de convention et d'autorité).

(1) : Remboursement sur présentation de l'avis de la somme à payer de l'hôpital ou de la clinique dûment acquitté lorsqu'il n'y a pas de prise en charge.

(2) Prise en charge illimitée à l'exclusion des affections psychopathologiques, des maisons de repos, de convalescence, de rééducation fonctionnelle, de gérontologie, de diététique, séjour de cures thermales en centre de cure ou en milieu hospitalier, des moyens séjours, de séjours en section médicalisée.

(3) : Se conformer à la note d'information de la convention SMAM PREJUDIS n°600 018/01 remise avec le certificat d'adhésion.

(4) Remboursement si prescription par le médecin traitant (ou médecin correspondant) dans le cadre du parcours de soin.

(5) Conformément au décret du 29/09/2005 de la loi du 13/08/2004. Prestations de prévention pris en charge : dépistage de l'hépatite B et vaccinations suivantes : Diphtérie, tétanos et poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, Rubéole, Haemophilus influenzae B, infections invasives à pneumocoques.

OPTION PROTECTION HOSPITALIÈRE * 24H/24 Monde entier <i>ACCIDENT - MALADIE - MATERNITÉ</i>
Dans la limite d'une souscription avant 65 ans et au maximum jusqu'à son 75 ^e anniversaire, le bénéficiaire recevra par jour d'hospitalisation le versement de 15€, 30€ ou 45€ suivant l'option choisie. Le versement est dû en cas d'accident ou en cas de maladie à partir du 1 ^{er} jour et pendant une année au maximum et pour un séjour en établissement de rééducation suite à un accident garanti pendant 30 jours maximum.
Le contrat PROTECTION HOSPITALIÈRE ne prendra en charge les hospitalisations dues à une maladie ou à un accident survenu avant la souscription, que si elles interviennent après 18 mois complets d'assurance, ainsi que les hospitalisations liées à une maternité que si elles interviennent 9 mois après la souscription et après un délai d'attente de 3 mois en maladie.

A qui m'adresser ?

En cas de modifications :

A chaque modification demandée, mon adhésion doit faire l'objet de la signature d'un avenant.

Une pièce manquante à mon dossier engendre un retard dans l'ouverture de mes droits et le paiement de mes prestations.

Mon correspondant, par l'intermédiaire de qui j'ai adhéré, est en mesure de répondre à toutes mes interrogations sur la vie de mon adhésion :

A - Adjonction d'un bénéficiaire (enfant, conjoint) :

- Je remets ma nouvelle carte de Régime Obligatoire et la différence de cotisation sera prélevée en complément de mon prochain prélèvement.

B - Suppression d'un bénéficiaire :

- Je justifie de ma demande, je remets ma carte de tiers-payant en cours et la différence de cotisation me sera remboursée s'il y a lieu.

C - Changement de Régime Obligatoire :

- J'adresse ma nouvelle carte de Régime Obligatoire, je remets ma carte de tiers-payant en cours et la différence éventuelle de cotisation sera prélevée en complément de mon prochain prélèvement.

D - Modification de garanties (augmentation ou diminution de garanties ou changement de produit) :

- Je remets ma carte de tiers-payant en cours et la différence de cotisation sera régularisée lors du prochain prélèvement.

E - Changement de domicile :

J'adresse ma nouvelle attestation de Régime Obligatoire mise à jour et justifiant de ma nouvelle adresse.

F - Changement de banque :

J'adresse un R.I.B. et signe une nouvelle autorisation de prélèvement au minimum un mois avant la clôture de mon ancien compte.

En cas d'impayé :

Mon correspondant est informé de la survenance d'impayé et je dois le contacter pour régulariser mon dossier et éviter la suspension de mes droits.

Règlement des indemnités journalières "Protection hospitalière" :

J'adresse au siège de SMAM Courtage - 7, rue St-Jacques 86100 Châtellerault, un certificat médical indiquant la cause de l'hospitalisation justifiant qu'elle ne soit pas due à un accident ou à une maladie survenue avant la souscription du contrat et le bulletin de séjour précisant les dates d'entrée et de sortie du centre hospitalier.

Règlement des prestations :

A défaut de la prise en charge du tiers payant pour le règlement de mes prestations hospitalières j'adresse la facture acquittée du centre hospitalier à :

SMAM Mutuelle 45-49 avenue Jean Moulin 17034 La Rochelle cedex (05 46 45 04 04)