

COMPLEMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance

Contrat assuré par UNMI'Mut, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 851 629 162 – Agréée en branches n° 1, 2, 20 et 21

Produit : Zen santé flexi senior

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et 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. Le montant ou le niveau des prestations est précisé dans le tableau de garanties.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé à adhésion facultative a pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément du Régime obligatoire (RO). Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les garanties systématiquement prévues

- ✓ Hospitalisation, y compris maternité : Médecin OPTAM/OPTAM CO et HORS OPTAM/OPTAM-CO, forfait journalier hospitalier, frais de séjours, chambre particulière, participation forfaitaire sur les actes techniques supérieurs à 120€, frais de transport sanitaire, forfait patient urgence, hospitalisation à domicile, hospitalisation à l'étranger, transport du malade.
- ✓ Soins courants : Honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, matériel médical remboursé par la Sécurité sociale, psychologue remboursé par le régime obligatoire, médicaments remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ Prévention et bien être : Forfait prévention, consultations non remboursées par la sécurité sociale & médecine naturelle.
- ✓ Optique : 100% santé et offre libre, lunettes (montures et verres) lentilles remboursées par le régime obligatoire, chirurgie réfractive.
- ✓ Dentaire : 100% santé, soins dentaires, offre modérée et libre.
- ✓ Aides auditives : 100% santé, offre libre.

Les garanties optionnelles :

- ✓ Hospitalisation, y compris maternité : Médecins OPTAM/OPTAM-CO, médecins HORS OPTAM/OPTAM-CO, chambre particulière, confort à l'hôpital (wifi, téléphone et télévision).
- ✓ Soins courants : Honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, matériel médical remboursé par la Sécurité sociale.
- ✓ Prévention et bien-être : Cure thermale, forfait transport/hébergement et dépassement de soins remboursés ou non par la sécurité sociale, médicaments non remboursés par la sécurité sociale.
- ✓ Dentaire : Soins dentaires, inlays-onlays et inlays-core, actes prothétiques, implantologie, orthodontie, prothèses, parodontologie non remboursés par le RO.

Les services et avantages systématiquement prévus

- ✓ Assistance,
- ✓ Tiers payant.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- × Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- × Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- × Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour ;
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- × Les produits non remboursés par le Régime obligatoire d'assurance maladie français et achetés à l'étranger,
- × Les produits achetés via Internet ne sont pas pris en charge sauf les médicaments achetés via le site Internet d'une pharmacie d'officine référencée par l'Ordre National des Pharmaciens sur son site
- × La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- × Le forfait journaliser facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).



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

Principales exclusions

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins qui n'adhèrent pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Principales restrictions

- ! Chambre particulière : exclusion de l'ambulatory et de la psychiatrie, limitation du nombre de jour de prise en charge de la chambre particulière en soins de suite et rééducation fonctionnelle à 40 jours,
- ! Optique : Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (sur justificatif),
- ! Dentaire : Les garanties dentaires sont limitées à un plafond dentaire (hors 100% santé) par an.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France ;
- ✓ Dans les Etats membres de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange ;
- ✓ Dans le monde entier sous réserve que le Régime obligatoire de protection sociale français accepte d'accorder des prestations.



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat :

- Fournir un bulletin d'adhésion pour chaque assuré ;
- Remettre à chaque assuré la(es) notice(s) d'information.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale ;
- Informer l'organisme des événements suivants, par demande écrite, dans les quinze jours qui suivent la connaissance que l'adhérent a de l'un de ces événements :
 - Changements de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoire français ;
 - Changement de fréquence de paiement, d'adresse, de domiciliation bancaire, de situation familiale.
- Se soumettre à tout contrôle médical destiné à vérifier la réalité des dépenses engagées.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Le montant de la cotisation annuelle est indiqué dans le tableau des cotisations ;
- Les cotisations sont versées, par l'adhérent à l'assureur conformément à ce qui est prévu dans l'appel des cotisations.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat d'assurance prend effet à la date indiquée 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, qui commence à courir 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 d'année en année 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 l'adhésion au contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- À la date d'échéance principale du contrat, en adressant à l'organisme gestionnaire une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au moins deux mois avant cette date (soit avant le 31 octobre) ;
- À tout moment, sans frais ni pénalité, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription au contrat (tout changement de garantie principale correspond à la souscription d'un nouveau contrat) ;
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur le montant des cotisations et les risques garantis ;
- En cas de révision des cotisations, en adressant une lettre recommandée à l'organisme gestionnaire dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification ;
- En cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, ou une décision du Conseil d'Administration dans un délai de 30 jours à compter de la notification de modification du contrat.