

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

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 n° SIREN 851 629 162 - Siège social : 70 boulevard de Courcelles 75017 PARIS

Produit : **Contrat Couleur**

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 ?

Ce produit Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui 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 systématiquement prévues

- ✓ **Soins courants** : consultations et visites généralistes (DPTAM et hors DPTAM) et spécialistes (DPTAM et hors DPTAM), consultation et visite spécialiste (DPTAM et hors DPTAM), actes de technique médicale et de petite chirurgie en externe (DPTAM et hors DPTAM), radiologie y compris densitométrie (DPTAM et hors DPTAM), densitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale, médicaments (pris en charge et non pris en charge par la Sécurité sociale), analyses et examens de laboratoire (pris en charge et non pris en charge par la Sécurité sociale), soins infirmiers, massages, kinésithérapie, orthophonie, orthoptie, indemnités de déplacement, pédicurie et podologie (pris en charge et non pris en charge par la Sécurité sociale), petits appareillages, accessoires et orthopédie remboursés ou non par la Sécurité sociale ; prothèse (mammaire, postiche, oculaire).
- ✓ **Hospitalisation** : honoraires (DPTAM et hors DPTAM), frais de séjour, forfait hospitalier (médical, chirurgical, convalescence, psychiatrie), participation forfaitaire pour acte lourd, chambre particulière (médicale, chirurgicale, convalescence, psychiatrie), chambre en ambulatoire, hébergement accompagnement d'enfant de moins de 16 ans, péridurale, amniocentèse, forfait des dépenses liées à l'hospitalisation en maternité, cures thermales (soins et honoraires), frais inhérents à la cure thermale remboursée par la Sécurité sociale, transport (sauf cure).
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact remboursées ou non par la Sécurité sociale, chirurgie de la myopie.
- ✓ **Audiologie** : prothèse auditive ; réparation, entretien et piles pour prothèses auditives.
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires ; prothèses dentaires, inlays-core, parodontie et orthodontie remboursés ou non par la Sécurité sociale ; implantologie non remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Bien-être et prévention** : ostéopathie, étiopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, consultation psychologue, vaccins remboursés ou non par la Sécurité sociale, sevrage tabagique, aliments sans gluten.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période d'effet de l'adhésion au contrat.
- ✗ Les interventions, soins et hospitalisations dans :
 - les maisons de retraite ;
 - les établissements psychopédagogiques ;
 - les instituts médico-pédagogiques (IMP) et les séjours résultant d'une décision de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ;
 - les établissements à caractère sanitaire et social ;
 - les établissements gériatriques ;
 - les établissements de long séjour ;
 - les hospitalisations à caractère esthétique, diététique ou de rajeunissement non pris en charge par la Sécurité sociale.



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

Principales exclusions

- ! La participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports).
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés.

Principales restrictions

- ! Chambre particulière : remboursement limité à 60 jours (psychiatrie, convalescence) ou à 90 jours (médicale, chirurgicale) par an.
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf renouvellement anticipé admis par la réglementation notamment pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Audiologie : remboursement limité à 2 prothèses auditives tous les 4 ans.
- ! Ostéopathie, étiopathie, chiropractie : limitation à 6 séances par an et par spécialité.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine et dans les territoires et départements français d'Outre-mer.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur présentation de facture en complément d'une prise en charge effective du régime obligatoire français d'assurance maladie, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat :

- Renseigner avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur ;
- 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 ;
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale ;
- Informer l'assureur de toute modification de la situation de l'adhérent ou de celle de ses ayants droit bénéficiaires, notamment :
 - Changement de domicile ;
 - Changement de caisse d'assurance maladie obligatoire ;
 - Modification de la composition de la famille ;
 - Changement de compte bancaire (IBAN).



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est individuelle et payable d'avance annuellement à la date indiquée dans le contrat.

Elle fait l'objet d'un prélèvement bancaire mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel.

Le paiement de la cotisation par chèque ne peut être que trimestriel, semestriel ou annuel.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, au premier jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion et des pièces justificatives.

Le contrat est conclu pour l'année civile en cours et se renouvelle tacitement au 1er janvier de chaque année civile sauf résiliation dans les conditions fixées au contrat.

Dans les 3 premiers mois suivant l'adhésion, en l'absence de fourniture d'un certificat justifiant d'une résiliation à une garantie complémentaire santé inférieure à 3 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion à la Mutuelle EPC, le remboursement est limité, le cas échéant, au montant du ticket modérateur pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale.



Comment puis-je résilier l'adhésion au contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance annuelle du contrat, en nous le notifiant au moins deux mois avant cette date,
- en cours d'année, sous réserve de disposer d'une ancienneté d'adhésion minimale de 12 mois,
- en cas d'adhésion obligatoire à un autre organisme complémentaire santé,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- dans les 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis annuel de cotisations lorsqu'il vous est adressé moins de quinze jours avant le 31 octobre ou après cette date.