

**Adaptez votre couverture santé Zen Santé Flexi Senior en fonction de vos besoins :**

1. Choisissez votre socle de base parmi **4 formules responsables de 125 % à 250 % de la BRSS**
2. Complétez si besoin avec **4 renforts au choix et cumulables** afin d'augmenter les garanties sur un poste ciblé
  - Renfort Hospitalisation
  - Renfort Soins courants
  - Renfort Dentaire
  - Renfort Bien-être
3. Bénéficiez automatiquement de **bonus fidélité** dès la 2<sup>ème</sup> année

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
LES GARANTIES HOSPITALISATION Y COMPRIS MATERNITÉ <sup>(1)</sup> AVEC UNMI'MUT				
Médecins OPTAM ou OPTAM				
↳ En 1 <sup>ère</sup> année	125 %	150 %	200 %	250 %
avec le bonus fidélité				
↳ En 2 <sup>ème</sup> année	150 %	175 %	225 %	275 %
↳ En 3 <sup>ème</sup> année et +	175 %	200 %	250 %	300 %
avec le renfort Hospitalisation	+ 25 %			
Médecins hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	125 %	175 %	200 %
avec le renfort Hospitalisation	+ 25 % dans la limite de 200 %			
Forfait journaliser hospitalier - Durée illimitée	Remboursement intégral			
Frais de séjour :				
• Secteur conventionné	Remboursement intégral			
• Secteur non conventionné	100 %			
Chambre particulière <sup>(2)</sup> : Forfait par journée, illimitée en maladie chirurgie, exclusion de l'ambulatoire et de la psychiatrie, limitation des soins de suite y compris rééducation fonctionnelle à 40 jours	40 €	55 €	70 €	85 €
avec le renfort Hospitalisation	+ 15 € / jour		+ 25 € / jour	
Forfait de 24 € sur les actes lourds supérieurs à 120 €	Remboursement intégral			
Confort à l'hôpital (wifi, téléphone et télévision)	5 € / jour		10 € / jour	
si souscription du renfort Hospitalisation				
Forfait patient urgence	100 % du tarif en vigueur			
Hospitalisation à domicile	100 %			
Hospitalisation à l'étranger	100 %			
Transport du malade <sup>(10)</sup>	100 %			
L'ASSISTANCE AVEC FILASSISTANCE				
Hospitalisation supérieure à 48 h : aide-ménagère	Maximum 30 heures réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le début ou la date de fin de l'hospitalisation ou en cas d'immobilisation.			
Rapatriement ou transport sanitaire à l'étranger	En cas de nécessité médicalement établi, rapatriement à domicile ou dans un hôpital adapté proche du domicile.			

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
LES GARANTIES SOINS COURANTS AVEC UNMI'MUT				
<b>Honoraires médicaux :</b>				
<ul style="list-style-type: none"><li><b>Médecins OPTAM ou OPTAM-CO :</b> Médecins généralistes et spécialistes, radiologie, imagerie, échographie, actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)</li></ul>	100 %	125 %	150 %	200 %
avec le bonus fidélité en 2 <sup>ème</sup> année et +	125 %	150 %	175 %	225 %
avec le renfort Soins courants	+ 25 %			
<ul style="list-style-type: none"><li><b>Médecins hors OPTAM ou OPTAM-CO</b></li></ul>	100 %	105 %	125 %	150 %
avec le renfort Soins courants	+ 25 % dans la limite de 200 %			
<b>Honoraires paramédicaux :</b> Infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute)	100 %	125 %	125 %	150 %
avec le renfort Soins courants	+ 25 %			
<b>Analyses, examens de laboratoire</b>	100 %	125 %	125 %	150 %
avec le renfort Soins courants	+ 25 %			
<b>Matériel médical remboursé par la Sécurité sociale :</b> Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...)	100 %	125 %	150 %	175 %
si souscription du renfort Soins courants	+ 25 %			
<b>Psychologue remboursé par le régime obligatoire <sup>(3)</sup></b>	100 %			
<b>Médicaments remboursés par la Sécurité sociale</b>	100 %			
L'ASSISTANCE AVEC FILASSISTANCE				
<b>Téléconsultation illimitée</b>	Illimitée, dispensée par des médecins inscrits à l'ordre national des médecins, pour un diagnostic avec ordonnance ou un conseil ou un second avis médical.			
<b>Accompagnement pathologies chroniques</b>	Service d'informations sur les pathologies (Parkinson, Alzheimer, SIDA, allergies, etc.) animé par des médecins pour répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants : traitements et conséquences, évolution de la maladie, risque de transmission génétique, risque de contagion pour l'entourage.			

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
<b>LES GARANTIES PRÉVENTION &amp; BIEN-ÊTRE AVEC UNMI'MUT</b>				
<b>Cure thermique</b> : Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale <b>disponible si souscription du renfort Prévention &amp; bien-être</b>	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Forfait transport, hébergement et dépassement de soins remboursés</b> ou non par la Sécurité sociale <b>disponible si souscription du renfort Prévention &amp; bien-être</b>	150 € / an	200 € / an	250 € / an	300 € / an
<b>Forfait prévention</b> : Ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables	50 € / an			
<b>Consultations non remboursées par la Sécurité sociale &amp; médecine naturelle</b> <sup>(4)</sup> <b>consultations non remboursées par la sécurité sociale</b> : Ostéopathe, chiropracteur, étiope, naturopathe, diététicien, podologue, pédicure, homéopathe, acupuncteur, micro-kinésithérapeute, reflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue.	45 € / an	60 € / an	75 € / an	90 € / an
avec le bonus fidélité en 2 <sup>ème</sup> année et +	70 € / an	85 € / an	125 € / an	140 € / an
<b>Avec le renfort prévention &amp; bien-être</b>	+ 20 € / an	+ 30 € / an	+ 40 € / an	+ 50 € / an
<b>Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale</b> avec ou sans prescription médicale, vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, glucomètre, autotensiomètre <b>disponible si souscription du renfort Prévention &amp; bien-être</b>	40 € / an	50 € / an	60 € / an	70 € / an
<b>L'ASSISTANCE AVEC FILASSISTANCE</b>				
<b>L'aide aux aidants</b> : Bilan global de la situation pour l'aidant et son proche parent aidé en tenant compte du contexte et des conditions de vie, de l'entourage, des ressources financières, etc.	Bilan 360° : Information de l'aidant dans les thématiques liées à la dépendance telles que l'habitat, la formation, la prévention santé, l'organisation de la vie au domicile, la coordination, le droit au répit ...			

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
<b>LES GARANTIES OPTIQUE AVEC UNMI'MUT</b>				
<b>Panier de soins 100 % Santé – Équipement de classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) :</b> Équipements de 2 verres de classe A + Monture de classe A	Remboursement intégral <sup>(5)</sup>			
<b>Panier de soins libres – Équipement de classe B :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Une monture de classe B avec 2 verres simples</li> </ul>	100 €	150 €	200 €	250 €
<ul style="list-style-type: none"> <li>Une monture de classe B avec au moins 1 verre complexe ou très complexe</li> </ul>	200 €	250 €	300 €	350 €
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestations d'adaptation de la correction visuelle</li> </ul>	100 %			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)</li> </ul>	100 %			
<b>Équipement mixte :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Monture de classe A</li> </ul>	Remboursement intégral <sup>(5)</sup>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>2 verres de classe B</li> </ul>	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libres – Équipement de classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture de classe A			
<b>Équipement mixte :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Monture de classe B</li> </ul>	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libres – Équipement de classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres de classe A et dans la limite de 100 €			
<ul style="list-style-type: none"> <li>2 verres de classe A</li> </ul>	Remboursement intégral <sup>(5)</sup>			
<b>Autres prestations optiques :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lentilles remboursées par la Sécurité sociale</li> </ul>	100 %			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Forfait lentilles non remboursées par la Sécurité sociale</li> </ul>	Néant			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Chirurgie réfractive : traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), implant oculaire</li> </ul>	100 € par an et par oeil	150 € par an et par oeil	200 € par an et par oeil	250 € par an et par oeil
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les deux ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de deux ans (ou d'un an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en classe A et à 100 € en classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) ainsi que les conditions de renouvellement sont détaillées dans les Conditions Générales valant Notice d'Information.				

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
<b>LES GARANTIES DENTAIRE <sup>(6)</sup> AVEC UNMI'MUT</b>				
<b>Panier de soins 100 % Santé – Actes prothétiques et inlays-cores</b>	Remboursement intégral			
<b>Soins dentaires :</b> Prophylaxie, parodontologie et prévention remboursés par la Sécurité sociale	125 %	150 %	175 %	200 %
avec le renfort Dentaire	+ 25 %			
<b>Panier de soins modéré et libre – Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des prix limites de vente pour le panier modéré :</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Inlays - onlays et inlays-core</b> remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100 % Santé et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés <sup>(a)</sup> ou libres</li> </ul>	125 %	150 %	175 %	200 %
avec le renfort Dentaire	+ 25 %			
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Actes prothétiques</b> remboursés par le régime obligatoire</li> </ul>	150 %	200 %	250 %	275 %
avec le bonus fidélité en 2 <sup>ème</sup> année et +	175 %	225 %	275 %	300 %
avec le renfort Dentaire	+ 25 %			
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Orthodontie</b> remboursée par la sécurité sociale</li> </ul>	100 %			
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Implantologie, orthodontie <sup>(7)</sup>, prothèses, parodontologies</b> non remboursées par la Sécurité sociale <b>disponible si souscription du renfort Dentaire</b></li> </ul>	150 €	200 €	250 €	300 €
<b>Plafond dentaire (hors 100 % Santé) <sup>(8)</sup></b>	Néant		An 1 : 1 000 € An 2 : 1 200 € An 3 et + : 1 500 €	

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
LES GARANTIES AIDES AUDITIVES AVEC UNMI'MUT				
Équipements 100 % Santé (classe 1 - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV))	Remboursement intégral			
Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale hors panier de soins 100 % Santé (appareil de classe 2 à prix libre - dont piles, accessoires et frais de réparation)	100 %			
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les quatre ans (par oreille). La période de quatre ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la sécurité sociale. Pendant quatre ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les six mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de classe 2 sont limitées à 1 700 € par oreille moins le remboursement du régime obligatoire (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).				

<b>SERVICES</b>	
<b>Assistance <sup>(9)</sup></b>	Oui
<b>Tiers-payant Viamedis</b>	Oui

## CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant : - déduction de la participation forfaitaire (2 € - Décret n° 2024-113 du 16 février 2024 relatif à la participation forfaitaire des assurés sociaux aux frais de santé en application du II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale); - déduction des franchises médicales (Décret n° 2024-114 du 16 février 2024 relatif à la participation des assurés aux frais de santé en application des II et III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués comprennent le remboursement du régime obligatoire et s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- Les plafonnements annuels indiqués pour certaines garanties sont par année d'adhésion et par assuré.

BR : Base de Remboursement de la sécurité sociale.

Panier de soins modérés : Pour le dentaire, des prix limites de vente sont applicables. Ils sont fixés par voie réglementaires.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.

(2) Pour les séjours en soins de suite (maison de repos, de convalescence, rééducation fonctionnelle...). Le plafond de 40 jours par an est commun à toutes les disciplines.

(3) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif "MonPsy". Plus d'informations sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/accompagnement-psychologique/article/le-remboursement-des-seances-de-psychologues-mon-soutien-psy>

(4) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI, RPPS ou d'un numéro d'enregistrement sur le répertoire national de la discipline prévu au tableau des garanties et d'un diplôme enregistré dans la discipline.

(5) Dans la limite des prix de vente.

(6) Les soins Hors Nomenclatures (HN) effectués à l'étranger sont exclus.

(7) Incluant le traitement actif, le bilan et la contention non remboursé par la Sécurité sociale.

(8) Plafond dentaire : au-delà du plafond, les actes remboursés par le régime obligatoire seront pris en charge à hauteur de 100 % BR.

(9) Garantie assistance assurée par Filassistance.

(10) La prescription précise le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme véhiculant ensemble au moins deux patients. Dans le respect de la prescription, les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés.

Lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport et que la proposition répond à des conditions de mise en œuvre du transport tenant en particulier aux caractéristiques du trajet et à l'organisation de la prise en charge sur le lieu de soins, ses frais de transport sont pris en charge après application au prix facturé d'un coefficient de minoration déterminé par voie réglementaire.