

Zen Santé Focus 55 + by zenioo assuré par



La solution complète assurée par la 1^{ère} mutuelle de France

Pour qui ?

Une offre adaptée aux 55 ans et plus, avec la possibilité de choisir entre des formules classiques qui couvrent l'indispensable ou des formules renforcées avec des garanties de confort.

En un clin d'œil

Produit géré par CPMS et assuré par Harmonie Mutuelle

Complémentaire santé



Contrat responsable avec :
3 formules classiques
3 formules renforcées

Assistance



Une assistance
haut de gamme, 24h/24, 7j/7,
pour accompagner vos clients
en cas de coup dur

Réseau de soins Kalixia



20 000 professionnels de santé
pour des équipements
de qualité à prix réduit
en optique, dentaire et
audiologie

Pourquoi choisir Zen Santé Focus 55 + ?

- > **Une solution qui offre le choix entre une formule classique et une formule renforcée selon les besoins de vos clients.**
- > **Les formules classiques** offrent une couverture complète sur les soins indispensables tels que l'hospitalisation, les soins courants, l'optique, le dentaire ou encore l'audiologie.
- > **Les formules renforcées** permettent de bénéficier de garanties supplémentaires :
 1. **La chambre particulière** en cas d'hospitalisation
 2. **La médecine naturelle** (avec 20 professions éligibles)
 3. **La cure thermale** (forfait spécifique pour l'hébergement et les dépassements d'honoraires)
- > **Une reprise à la concurrence facilitée** avec la prise en charge de l'envoi de la résiliation en cas de RIA.
- > **Réduction DUO** : dès 2 assurés réduction de 10 % par adulte
- > **L'accès au réseau de soins Kalixia, 1^{er} réseau de soins de santé de France avec 16 millions d'adhérents** : des tarifs négociés auprès 6 200 centres d'optiques, 7 100 chirurgiens-dentistes et orthodontistes, 6 100 centres audio partenaires et 500 ostéopathes, répartis sur l'ensemble du territoire. Des professionnels sélectionnés sur des critères de qualité, régulièrement contrôlés pour maintenir le haut niveau des prestations
- > **L'assistance Filassistance en inclusion** : un réseau de 6 500 prestataires en France pour un maillage territoriale optimal. **Des experts de l'assistance disponibles 7j/7, 24h/24**, avec des compétences spécialisées pour répondre de façon optimale à chaque demande d'assistance. **Des garanties haut de gamme en inclusion sur mesure pour les seniors** : téléconsultations illimitées, accompagnement maladie chronique, port de médicaments ...

Gérez vos assurés en toute autonomie grâce à l'espace courtier CPMS

Réalisez en toute simplicité les actes de gestion comme :

- Le report de la date de prise d'effet du contrat
- La modification des coordonnées de votre assuré et les modes de communication
- Le classement en sans effet en cas de renonciation

Et accédez à toutes les informations pratiques telles que :

- La visualisation des cotisations ainsi que les impayés
- Le téléchargement de la carte de tiers-payant ainsi que tous les documents contractuels

CPMS

Accompagnez vos assurés en cas de coup dur !

L'accès à Filassistance, un réseau de 6 500 prestataires en France avec des experts de l'assistance disponibles 7j/7 et 24h/24 pour répondre de façon optimale à chaque demande d'assistance tels que :

- **L'aide-ménagère** en cas d'hospitalisation ;
- **Le port de médicaments** en cas d'immobilisation ;
- **La téléconsultation illimitée** est dispensée par des médecins inscrits à l'ordre national des médecins pour un diagnostic avec ordonnance, un conseil ou un 2nd avis médical ;
- **Un service d'informations animé par des médecins pour répondre à toutes les questions de nature médicale et accompagner les pathologies chroniques** : traitement et conséquences, évolution de la maladie, risque de transmission... ;
- **L'aide aux aidants** : droit au répit, accompagnement administratif, bilan 360°...



Tableau de synthèse (cf. tableau détaillé en pages 5, 6 et 7)

	Formule Essentielle	Formule Essentielle Renforcée	Formule Confort	Formule Confort Renforcée	Formule Premium	Formule Premium Renforcée
HOSPITALISATION ⁽¹⁾						
OPTAM ou OPTAM-CO	125 %	125 %	150 %	150 %	200 %	200 %
Hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	125 %	125 %	175 %	175 %
CHAMBRE PARTICULIÈRE						
Forfait par journée, incluant télévision, wifi et téléphone, hors ambulatoire	-	40 € / jour	-	50 € / jour	-	60 € / jour
CONSULTATIONS						
OPTAM ou OPTAM-CO	125 %	125 %	130 %	130 %	150 %	150 %
Hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	105 %	105 %	125 %	125 %
DENTAIRE ⁽²⁾						
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres hors 100 % Santé	125 %	125 %	150 %	150 %	175 %	175 %
OPTIQUE ⁽²⁾						
Monture de classe B avec au moins 2 verres complexes ou très complexes	175 €	175 €	200 €	200 €	250 €	250 €
MÉDECINES NATURELLES						
Par assuré et par an (limité à 30 € par acte)	-	60 €	-	90 €	-	120 €
CURE THERMALE						
Avec forfait hébergement et dépassement de soins	-	100 % + 150 €	-	100 % + 200 €	-	100 % + 250 €
AIDES AUDITIVES						
Aides auditives par oreille remboursées par la Sécurité sociale hors panier de soins 100 % Santé (appareil de classe 2 à prix libre)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

(1) Limitation les 3 premiers mois d'adhésion à 100 % de la BRSS, au forfait journalier et frais de séjour. Abrogeable sous conditions si reprise à la concurrence ou si d'origine accidentelle.

(2) Limitation les 3 premiers mois d'adhésion à 100 % de la BRSS et aux équipements 100 % Santé.

Conditions

		Formule Essentielle	Formule Essentielle Renforcée	Formule Confort	Formule Confort Renforcée	Formule Premium	Formule Premium Renforcée
Conditions	Âge limite à l'adhésion de l'adhérent le plus âgé	Adhésion DUO et + ou Solo : de 55 à 85 ans ⁽¹⁾				Adhésion Solo : de 65 à 85 ans ⁽¹⁾ Adhésion DUO : de 55 à 85 ans ⁽¹⁾	
	Âge limite aux prestations	Aucune					
	Contrat responsable	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Limitation 3 premiers mois d'adhésion	➔ Hospitalisation : Limitation à 100 % BRSS pour les honoraires et frais de séjour et le forfait journalier. Abrogeable sous conditions si reprise à la concurrence ou si d'origine accidentelle. ➔ Optique et Dentaire : Limitation à 100 % BRSS et aux équipements 100 % Santé					
	Madelin	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Éligible 100 % Santé	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Réduction tarifaire	➔ Duo : - 10 % sur chaque adulte dès 2 assurés ➔ Régime TNS : - 10 %					
	Territorialité	France continentale, Martinique, Guadeloupe, Réunion, Saint Barthélemy, Saint Pierre et Miquelon, Saint-Martin					
	Frais annexes	➔ Frais de dossier : 10 €, payables lors de la 1ere cotisation ➔ Frais association des assurés Zenioo : 25 centimes par mois					
Cotisations	Modalité de paiement des cotisations	➔ Périodicité mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle au choix de l'assuré ➔ Mode de paiement : <ul style="list-style-type: none">• Prélèvement automatique (le 5 ou le 12 du mois)• Chèque (uniquement si annuel ou semestriel)					
Gestion	Gestion des prestations	Gestion déléguée à CMPS Tiers-payant et réseau de soin délégués au réseau de soins Kalixia					

(1) Une adhésion « DUO et + » correspond à une adhésion Adulte + Adulte avec ou sans enfants OU Adulte + Enfant(s).

Une adhésion « solo » correspond à un adulte seul.

Marché cible

Les personnes physiques résidant en France, âgées d'au moins 55 ans et maximum 85 ans lors de l'adhésion, affiliées et à jour de leurs cotisations auprès de leurs régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse français.

Rémunération

En tant que distributeur de produits d'assurance, il vous appartient de vérifier que les modalités de rémunération prévues ne sont pas de nature à créer un risque de conflit d'intérêts qui serait préjudiciable à votre client.

Commissionnement linéaire ou escompté au choix : se référer à la convention de partenariat

	Formule Essentielle	Formule Essentielle Renforcée	Formule Confort	Formule Confort Renforcée	Formule Premium	Formule Premium Renforcée
HOSPITALISATION, y compris maternité ^{(1) (2) (3)}						
Honoraires						
Limitation les 3 premiers mois d'adhésion	Rbt uniquement du forfait journalier et 100 % de la BRSS pour les honoraires et frais de séjour					
> Médecins OPTAM ou OPTAM-CO	125 %	125 %	150 %	150 %	200 %	200 %
> Médecins hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	125 %	125 %	175 %	175 %
En cas d'immobilisation au domicile supérieur à 5 jours ⁽¹⁴⁾	Aide-ménagère : maximum 10 heures réparties pendant la période d'immobilisation Livraison des médicaments, Prise en charge des frais de livraison					
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾ / Durée illimitée						
> Secteur conventionné	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
> Secteur non conventionné	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Frais de séjour						
> Secteur conventionné	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
> Secteur non conventionné	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière ^{(4) (5)} : Incluant télévision, wifi et téléphone. Hors chambre ambulatoire. Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée de 30 jours en maladie, chirurgie, convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR).	-	40 € / jour	-	50 € / jour	-	60 € / jour
> Transport du malade	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
> Hospitalisation à l'étranger	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
> Forfait patient urgence	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral

SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux						
> Médecins OPTAM ou OPTAM-CO	125 %	125 %	130 %	130 %	150 %	150 %
> Médecins hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	105 %	105 %	125 %	125 %
Téléconsultation illimitée ⁽¹⁴⁾	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					
Honoraires paramédicaux						
> Médecins OPTAM ou OPTAM-CO et hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses, examens de laboratoire, actes techniques médicaux, d'imagerie et échographie						
> Dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %	125 %
> Hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical : prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...) remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Séances de psychologues remboursées par la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif « MonPacoursPsy »	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Accompagnement pathologies chroniques ⁽¹⁴⁾	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					
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale à 65 % / 30 % / 15 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

	Formule Essentielle	Formule Essentielle Renforcée	Formule Confort	Formule Confort Renforcée	Formule Premium	Formule Premium Renforcée
PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE						
Médecines douces (20 professions éligibles) ^{(6) (7)} : ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, naturopathe, diététicien, podologue, pédicure, homéopathe, acupuncteur, micro-kinésithérapeute, reflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue						
Forfait par an (limité à 30 € par acte)	-	60 €	-	90 €	-	120 €
Cures thermales						
> Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale	-	100 %	-	100 %	-	100 %
> Forfait hébergement et dépassements soins ⁽¹³⁾	-	150 €	-	200 €	-	250 €
L'aide aux aidants ⁽¹⁴⁾ : 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 ...					
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

OPTIQUE						
Limitation les 3 premiers mois d'adhésion à 100 % de la BRSS et aux équipements 100 % Santé						
Équipements 100 % Santé ^{(8) (9)}	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Équipements hors 100 % Santé ^{(8) (9)}						
> Une monture de classe B avec 2 verres simples	55 €	55 €	80 €	80 €	130 €	130 €
> Une monture de classe B avec 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	70 €	70 €	170 €	170 €	220 €	220 €
> Une monture de classe B avec 2 verres complexes ou très complexes	175 €	175 €	200 €	200 €	250 €	250 €
Lentilles de contact						
> Lentilles remboursées par la Sécurité sociale, forfait annuel	100 % + 20 €	100 % + 20 €	100 % + 50 €	100 % + 50 €	100 % + 70 €	100 % + 70 €
Bénéficiez du réseau de soin Kalixia optique 6 700 centres partenaires : un très large choix de lunettes parmi les plus grandes marques du marché	<ul style="list-style-type: none"> Jusqu'à 40 % de réduction sur le prix des verres et 30 % pour les lentilles Remplacement en cas de casse de la monture de classe B Les verres sont systématiquement durcis, amincis en fonction de la correction et traités antireflets 					

DENTAIRE						
Limitation les 3 premiers mois d'adhésion à 100 % de la BRSS et aux équipements 100 % Santé						
Soins	125 %	125 %	150 %	150 %	175 %	175 %
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé ⁽¹⁰⁾						
> Actes prothétiques et inlays-cores entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres ^{(10) (11)}						
> Actes prothétiques hors cadre du panier de soins 100 % Santé et entrant donc dans le champ des paniers à honoraires maîtrisés ou libres	125 %	125 %	175 %	175 %	225 %	225 %
Plafond ⁽¹¹⁾ Plafonnement des soins, des prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres	-	-	1 200 €	1 200 €	1 500 €	1 500 €
Bénéficiez du réseau de soin Kalixia dentaire Vos avantages chez plus de 4 500 chirurgiens-dentistes et orthodontistes partenaires	Des honoraires plafonnés sur plus de 120 actes à forts dépassements (couronnes, orthodontie, implants...) Une garantie de 10 ans pour les couronnes (selon les conditions de la charte qualité)					

	Formule Essentielle	Formule Essentielle Renforcée	Formule Confort	Formule Confort Renforcée	Formule Premium	Formule Premium Renforcée
AIDES AUDITIVES						
Équipements 100 % Santé ^{(8) (12)}						
> Aides auditives par oreille remboursées par la Sécurité sociale de classe 1 entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé * (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Équipements à tarifs libres ^{(8) (12)}						
> Aides auditives par oreille remboursées par la Sécurité sociale hors panier de soins 100 % Santé (appareil de classe 2 à prix libre)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Bénéficiez du réseau de soin Kalixia Audio Plus de 4 400 centres audio partenaires	Une garantie de 4 ans sur le matériel à compter de la date d'achat Un appareil de dépannage sans frais si la réparation ne peut être immédiate 20 % de réduction sur les accessoires de connectivité, quel que soit le panier					

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 € au 15/05/2024), - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- 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.

(1) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

(2) En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire et les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

(3) Durant les 3 premiers mois d'adhésion, remboursement uniquement du forfait journalier hospitalier pour les établissements de santé, de la participation forfaitaire et du ticket modérateur pour les honoraires et les frais de séjour. En cas de reprise d'un contrat à la concurrence, la limitation de remboursement précitée ne s'applique pas si les garanties antérieures (Honoraires, Chambre particulière) sont supérieures ou égales au nouveau contrat ou en cas d'hospitalisation d'origine accidentelle.

(4) Hors chambre ambulatoire. Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée de 30 jours dans les établissements de santé, en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR). La chambre particulière en psychiatrie n'est pas prise en charge. La prise en charge des frais liés à la télévision, au Wi-Fi et au téléphone est exclusivement réservée aux assurés ayant opté pour une chambre particulière.

(5) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(6) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(7) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESSE et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.

(8) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(9) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Le montant de la monture est limité à 100 € conformément aux obligations du contrat responsable.

(10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(11) Plafonnement commun entre les Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres. Au-delà du plafond de remboursement, les soins et les prothèses seront pris en charge à hauteur du ticket modérateur.

(12) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.

(13) Les frais d'hébergement pris en charge ou non par la Sécurité sociale sont remboursés sur présentation d'une facture acquittée et détaillée de l'établissement et à condition que la cure thermale soit prise en charge par la Sécurité sociale.

(14) Se référer à la notice d'informations Fillassistance FIC24SAN0101.

La conformité en toute simplicité !

La gouvernance produit

Dans le cadre de notre démarche d'amélioration continue de la qualité de nos produits, faites-nous part de vos retours si vous constatez que soit :

- le produit n'est pas en adéquation avec les intérêts, objectifs et caractéristiques du marché cible précisé ci-dessus ;
- des circonstances relatives au produit sont susceptibles d'avoir des répercussions défavorables pour le client ;
- les modalités de rémunération proposées pour le produit vous placent dans une situation de conflit d'intérêt vis-à-vis du client ;

à partir de la messagerie instantanée mise à disposition depuis notre plateforme de vente, ou via votre délégué régional.

La réglementation LCBFT

Au regard du risque faible du produit, vous devez appliquer a minima un niveau de **vigilance simplifiée** au titre du titre VI du livre V du code monétaire et financier.

Concrètement cela signifie que vous devez collecter les informations d'identification suivants :

	Client personne physique	Client personne morale
Client potentiel	Nom, prénoms, date et lieu de naissance	Forme juridique, dénomination sociale, numéro SIREN, adresse du siège et du lieu de direction effective si différent
Bénéficiaire effectif	Non concerné	Nom, prénoms, date et lieu de naissance
Personne agissant pour le compte du Client (ex : payeur de prime, représentant légal)	Nom, prénoms, date et lieu de naissance, lien avec la personne représentée	Nom, prénoms, date et lieu de naissance, fonction de représentation exercée

En cas d'opération atypique au sens de l'article L561-10-2 du code monétaire et financier, vous devez :

- ✓ Effectuer la vérification d'identité conformément aux articles R561-5-1 et suivants du code monétaire et financier
- ✓ Collecter les informations pertinentes au titre de la relation d'affaires et de la connaissance de la situation professionnelle, économique et financière du client et, le cas échéant de son bénéficiaire effectif, afin d'éliminer ou de réduire le risque de blanchiment d'argent et de financement du terrorisme
- ✓ Recueillir une seconde pièce d'identité
- ✓ S'assurer que le premier paiement soit effectué en provenance d'un compte situé en UE et ouvert au nom du Client ou de son représentant.



En cas de question, vous pouvez vous adresser au correspondant TRACFIN de notre société à l'adresse mail suivante : lcb-ft.tracfin@zenioo.com.