

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

COMPAGNIE : Harmonie Mutuelle - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité - n° SIREN 538 518 473
PRODUIT : ZEN SANTE INTEGRALE FAMILLE (CONTRATS COLLECTIFS HM202201CP425S-A ET HM202201CP426S-A)



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions de la notice d'information. 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. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties annexé.

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

Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance maladie obligatoire. Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables et, s'agissant des adhérents ayant la qualité de travailleur non salarié non agricole, rentre dans le dispositif fiscal de la Loi Madelin.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties annexé. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Soins courants : consultations médecin, auxiliaires médicaux, médicaments à Service Médical Rendu (SMR) important pris en charge à 65 % par l'Assurance maladie obligatoire, analyses et examens de laboratoire, matériel médical remboursé par l'Assurance maladie obligatoire : orthopédie et appareillages.
- ✓ Reste à charge zéro sur équipement 100% santé (aides auditives, optique et dentaire).
- ✓ Aides auditives : équipement à tarif libre.
- ✓ Hospitalisation et maternité: honoraires, frais de séjour forfait journalier hospitalier.
- ✓ Ambulance.
- ✓ Optique : équipement à tarif libre, lentilles remboursées par l'Assurance maladie obligatoire.
- ✓ Dentaire : soins et prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et libres, orthodontie acceptée par l'Assurance maladie obligatoire, bonification de garanties dans le réseau.

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- Dépassements d'honoraires.
- Frais d'accompagnant,
- Indemnité de naissance,
- Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires, lentilles refusées.
- Implantologie, parodontologie et orthodontie refusée.
- Bonification des garanties optiques dans le réseau.
- Cures thermales non remboursées par le régime obligatoire.
- Automédication, contraception.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseau de partenaires opticiens, dentistes, audioprothésistes et ostéopathes.
- ✓ Prévention personnalisée.
- ✓ Avantages dans le domaine du bien-être

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ L'aide à domicile en cas d'immobilisation à domicile ou d'hospitalisation.
- ✓ Rapatriement sanitaire en cas d'accident ou maladie lors d'un déplacement à plus de 50 Km du domicile.
- ✓ Rapatriement de corps en cas de décès à plus de 50 Km du domicile.
- ✓ La garde des enfants en cas d'immobilisation à domicile ou d'hospitalisation.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Soins reçus en dehors de la période de couverture.
- ✗ Soins non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire).
- ✗ Indemnités versées en complément de l'Assurance maladie obligatoire en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Séjours en établissement de personnes âgées, dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel et dans les services de longs séjours.
- ✗ Forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux.



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

EXCLUSIONS du contrat responsable

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et 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.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

AUTRES EXCLUSIONS

- ! Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Les remboursements sont soumis à des limitations de fréquence qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans le tableau de garanties.

- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans.
- ! **Chambre particulière** : limitée à 60 nuits par an en soins de suite et exclusion des séjours en psychiatrie.
- ! **Optique** : limitée à un équipement par période de deux ans (sauf exception notamment en cas d'évolution de la vue ou pour les moins de 16 ans).



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Garantie santé : dans le monde entier. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française et se fait sur la base de remboursement de celle-ci, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Les garanties d'assistance s'appliquent en France, à l'exception des garanties d'assistance prévues en cas de voyage et déplacement qui s'appliquent en France et/ou à l'étranger.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie.

À l'adhésion

- Exercer une activité professionnelle non salariée non agricole pour une adhésion éligible à la loi Madelin.
- M'engager à renseigner avec précision et exactitude les informations demandées sur le bulletin d'adhésion qui permettent à la mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.

En cours de garantie

- Transmettre les originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf en cas de télétransmission) et les justificatifs des dépenses engagées (sauf tiers payant intégral) ou autres justificatifs nécessaires pour obtenir le paiement des prestations prévues au tableau de garanties.
- Faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai de deux ans suivant la date de décompte de l'Assurance maladie obligatoire ou, le cas échéant de la facture.
- Faire à la mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par l'Assurance maladie obligatoire, soit par la mutuelle.
- Déclarer à la mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français, ce qui peut entraîner la modification de la cotisation.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation), **sous peine de suspension des garanties.**



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est due pour l'année d'adhésion et payable d'avance.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.

Le paiement peut être fractionné au mois (par prélèvement automatique uniquement), au trimestre, au semestre.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion au contrat prend effet au plus tôt à l'une des deux dates suivantes : quatre jours après la signature du bulletin d'adhésion en cas d'adhésion dématérialisée, ou à la date de réception du bulletin d'adhésion dès lors que l'adhésion n'est pas effectuée de façon dématérialisée.

Elle est renouvelée chaque année à date anniversaire, par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'adhérent de son adhésion dans les cas et conditions indiqués dans la notice d'information.

Pour les adhérents TNS, la mutuelle peut résilier la garantie si l'adhérent cesse son activité professionnelle non salariée non agricole, sauf lorsque cette cessation coïncide avec la liquidation de la pension du régime de retraite de base.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Je peux mettre fin à mon adhésion au contrat :

- annuellement à date anniversaire de l'adhésion avec un préavis de deux mois, en adressant à la mutuelle une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec accusé de réception, ce dernier devant satisfaire aux exigences de l'article L100 du code des postes et télécommunications électroniques.
- en adressant à la mutuelle, dans un délai de 30 jours après information d'une modification des garanties ou des cotisations, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, ce dernier devant satisfaire aux exigences de l'article L100 du code des postes et télécommunications électroniques.
- si j'adhère au contrat collectif à adhésion obligatoire de mon employeur, ou en cas d'obtention de la Complémentaire santé solidaire ou en cas de perte du bénéfice du régime d'assurance obligatoire français, dans les conditions fixées à la notice d'information.
- à tout moment en cours d'année, après l'expiration d'un délai d'adhésion minimal de 12 mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion au présent contrat, selon les conditions et modalités définies aux articles L. 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la mutualité.

Le support de résiliation peut être, au choix de l'adhérent :

- une lettre simple ou tout autre support durable ;
- une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- un acte extrajudiciaire ;
- par voie électronique ;
- lorsque la mutuelle propose l'adhésion au présent règlement par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.