

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ACS

Document d'information sur le produit d'assurance

Contrat assuré par : UNMI – Union Nationale Mutualiste et Interprofessionnelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité immatriculée en France sous le SIREN 784 718 207 – Agréée en branches n° 1, 2, 20 et 21

Produit : Proxime Santé

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 d'Assurance Complémentaire Santé garantit aux bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux 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 varient en fonction du niveau de garantie choisi, et 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

- ✓ Hospitalisation : forfait journalier hospitalier dans les établissements de santé, frais d'hospitalisation.
- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à Service Médical Rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés à 65% et 30% par la Sécurité sociale).
- ✓ Frais optiques : Lunettes (monture et verres) et lentilles prises en charge par le régime obligatoire.
- ✓ Frais dentaires : Soins dentaires, prothèses dentaires, orthopédie dentofaciale.
- ✓ Audio prothèses.
- ✓ Frais de transport : sur prescription médicale.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les médicaments à service médical rendu faible.
- ✗ 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 et 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.
- ✗ 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 Âgées Dépendantes (EHPAD).



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

Principales exclusions

Pour tous les risques :

- ! 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 n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Principales restrictions

- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue. Le forfait lentille s'applique par année.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les frais de santé concernés par la garantie sont ceux occasionnés par des soins reçus sur les territoires de France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, sous réserve des dispositions de l'article « Frais de soins de santé à l'étranger » de la Notice d'information.



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat :

- Être membre de la mutuelle souscriptrice et remplir les conditions permettant de bénéficier de l'Aide à la Complémentaire Santé ;
- Renseigner intégralement 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 remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans et le trimestre en cours (soit 27 mois) suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale ;
- Informer l'assureur en cas de changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- L'appel des cotisations est effectué auprès de l'adhérent selon l'échéancier qui lui est adressé lors de la prise en compte de son adhésion.
- En cas de changement de la composition du foyer au cours de la période d'adhésion une régularisation sera effectuée sur le compte de l'adhérent et un nouvel échéancier sera adressé.
- La cotisation est payable d'avance selon la périodicité retenue lors de l'adhésion. Les paiements sont effectués par prélèvement bancaire SEPA sur le compte bancaire de l'adhérent.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La durée de l'adhésion au contrat est conditionnée par la durée de validité de l'attestation de droits ACS de l'adhérent.

Prise d'effet des garanties : La garantie est accordée à compter de la signature du bulletin d'adhésion et au plus tôt à la date figurant sur l'attestation délivrée par l'organisme d'assurance maladie, sous réserve que la mutuelle souscriptrice ait reçu l'intégralité des pièces devant être fournies par l'adhérent.

En cas de réception tardive, l'adhésion prendra effet le 1er jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion au contrat accompagnée des pièces listées.

Cessation des garanties :

- Au terme du contrat en cas de non renouvellement de la couverture ;
- En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction des cotisations ;
- En cas de radiation du contrat de la liste des offres habilitées pour bénéficier de l'ACS ;
- En cas de fausse déclaration, omission ou déclaration inexacte de l'adhérent ;
- En cas de décès de l'adhérent.



Comment puis-je résilier l'adhésion au contrat ?

Renonciation et rétractation :

- En cas de vente hors établissement, l'adhérent a la capacité de se rétracter dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la signature du bulletin d'adhésion. L'adhérent pourra faire valoir ce droit par le biais du formulaire de rétractation détachable, inclus au bulletin d'adhésion. Ce formulaire doit être adressé en lettre recommandée avec accusé de réception, au siège social de la mutuelle souscriptrice. Les frais postaux sont à la charge exclusive de l'adhérent.

L'adhésion au contrat pourra être résiliée avant son terme par l'adhérent dès lors qu'est apportée la preuve :

- D'une affiliation obligatoire à un autre organisme ;
- D'une d'affiliation à un organisme de Sécurité sociale ;
- Du décès de l'adhérent si ce dernier est seul bénéficiaire ;
- La résiliation prend effet au 1er jour du mois suivant la demande adressée à la mutuelle souscriptrice sauf en cas de décès où celle-ci prend effet au 1er jour du mois suivant le décès, sous réserve de joindre concomitamment un acte de décès.

L'adhésion au contrat est résiliée automatiquement à son terme en cas de non renouvellement de son dossier par l'adhérent.