

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : SMATIS FRANCE – Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité

N° SIREN 781166293 - 6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 ANGOULEME CEDEX 9

Produit : FLEXI



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé FLEXI est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à charge de l'assuré de plus de 55 ans et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément de la Sécurité sociale française et couvre également des garanties non prises en charge par la Sécurité sociale. Le produit destiné aux travailleurs salariés et travailleurs non salariés (TNS) respecte les conditions légales du contrat responsable mis en conformité avec le nouveau cahier des charges "100% Santé". Il inclut également des garanties optionnelles et des services associés.

	QU'EST-CE-QUI EST ASSURÉ ?
<p>Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie, 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, sauf pour ce qui concerne le cahier des charges 100% Santé pour les postes optique, dentaire et audioprothèse qui est sans reste à charge.</p>	
LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSES	
<p>✓ Hospitalisation : honoraires, forfait journalier hospitalier illimité, frais de séjour, transport,</p>	
<p>✓ Soins courants : honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, médicaments pris en charge à 65% par le Régime Obligatoire (RO) et matériel médical</p>	
<p>✓ Frais optiques : équipement optique (monture et verres) selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres. Lentilles prises en charge par le RO,</p>	
<p>✓ Frais dentaires : soins et prothèses dentaires selon les paniers de soins 100% Santé, Honoraires modérés et Honoraires libres. Orthodontie prise en charge par le RO</p>	
<p>✓ Aides auditives : équipement selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres</p>	
<p>✓ Téléconsultation Médicale (cf. conditions générales d'utilisation "Téléconsultation médicale")</p>	
<p>✓ Prise en charge de la participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 € en hospitalisation et en soins courants</p>	
<p>✓ Prise en charge du forfait patient urgences</p>	
<p>✓ Actes de prévention conformément à l'Arrêté ministériel du 08/06/2006</p>	
LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSES	
<p>Hospitalisation : chambre particulière et frais d'accompagnant</p>	
<p>Soins courants : médicaments pris en charge à 30% ou 15% par le RO</p>	
<p>Optique : lentilles de contact non prises en charge par le RO, chirurgie réfractive de l'oeil et implants oculaires</p>	
<p>Soins Dentaire : implantologie et parodontologie non prises en charge par le RO</p>	
<p>Médecines non conventionnelles : réalisées par un praticien inscrit sur un répertoire des professionnels de santé en France.</p>	
<p>Prévention : automédication</p>	
<p>Cures thermales remboursées par le RO</p>	
<p>Prévention</p>	
LES GARANTIES OPTIONNELLES	
<p>Renfort 1 : chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire, forfait confort (téléphone, TV, presse, wifi..)</p>	
<p>Renfort 2 : forfait supplémentaire sur l'optique tel que équipement lunettes prises en charge par le RO, lentilles prises en charge ou non par le RO, sur le dentaire tel que les prothèses dentaires prises en charge par le RO, parodontologie et implantologie, et sur l'audioprothèse de classe 2.</p>	
<p>Renfort 3 : forfait supplémentaire pour les médecines douces, les cures thermales, la pharmacie prescrite non remboursée, l'automédication et l'abonnement sportif</p>	
<p>Renfort 4 : dépassement d'honoraires médecins DPTAM en hospitalisation et soins courants, forfait fournitures et accessoires, petit appareillage, forfait global radiologie/imagerie DPTAM, analyses et examens de laboratoire et auxiliaires médicaux</p>	
LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS *	
<p>✓ Tiers-payant, Réseau de soins Itelis, Assistance, Fonds d'action social, Espace adhérent, Mon Coach santé Angel (application pour préserver sa forme et sa santé), Hosiway (préparer au mieux son hospitalisation ou celle d'un proche), Protection Juridique (droit vie privée, les recours médicaux, atteinte à l'intégrité physique ou morale) Protection Juridique Pro (information juridique, protection pénale et disciplinaire) et ANGEL (une équipe pluridisciplinaire répond à toutes les questions médicales et sociales pour vous et vos proches)</p>	
<p>✓ 2nd Avis Médical</p>	
<p>* soumis à condition</p>	
<p><i>Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat.</i></p>	

	QU'EST-CE-QUI N'EST PAS ASSURÉ ?
<p>X les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat</p>	
<p>X les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail</p>	
<p>X le forfait journalier hospitalier en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)</p>	
<p>X chambre particulière en ambulatoire sur les dix premiers niveaux socles</p>	
<p>X chambre particulière sur les dix premiers niveaux socles</p>	
<p>X médicaments remboursés à 30% et 15% par le RO sur les trois premiers niveaux socle</p>	
<p>X lentilles non remboursées par le RO sur les deux premiers niveaux socle</p>	
<p>X chirurgie réfractive de l'oeil sur les neuf premiers niveaux socles</p>	
<p>X implantologie et parodontologie non remboursées sur huit niveaux socles</p>	
<p>X médecines douces sur les deux premiers niveaux socles</p>	
<p>X les cures thermales remboursées par le RO sur les trois premiers niveaux socle</p>	

	Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?
LES PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT RESPONSABLE :	
PRINCIPALES EXCLUSIONS :	
<p>! la participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou acte de biologie médicale, la franchise de 0,50 € sur les boîtes de médicaments et actes paramédicaux et la franchise de 2 € sur les transports sanitaires</p>	
<p>! la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins</p>	
<p>! les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)</p>	
PRINCIPALES RESTRICTIONS :	
<p>! Hospitalisation : Prise en charge limitée au Ticket Modérateur en établissements non conventionnés, en long séjour, établissements spécialisés et gastroplastie. Chambre particulière, frais d'accompagnant limités à un forfait en euros par jour et en nombre de jours par an et par bénéficiaire.</p>	
<p>! Optique : Lunettes limitées à une paire tous les 2 ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue). Lentilles de contact non prises en charge par la Sécurité sociale, chirurgie réfractive et implants oculaires limitée à un forfait en euros par an et par bénéficiaire.</p>	
<p>! Dentaire : Implantologie et parodontologie non pris en charge par le RO limités à un forfait en euros par an et par bénéficiaire. Plafond dentaire sur les prothèses dentaires des paniers modérés et libres identique les 2 premières années d'adhésion et différente à partir de la 3ème année d'adhésion limités à un forfait en euros par an et par bénéficiaire.</p>	
<p>! Aides auditives : sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans à partir de la date de la dernière acquisition d'une aide auditive.</p>	
<p>! Médecines douces, cures thermales : limitées à un forfait en euros et éventuellement en nombre de séances, par an et par bénéficiaire.</p>	
<p>! Règles de gestion des Renforts : Renfort(s) optionnel(s) disponible(s) uniquement dès la FLEXI ECONOMIQUE F2.</p>	
<p>L'ajout de Renfort(s) après souscription peut intervenir en cours d'année. Il prendra effet au plus tôt le 1er du mois qui suit la demande. Le retrait de Renfort(s) peut intervenir au terme des 12 mois d'engagement, soit 12 mois après signature de l'adhésion ou d'un éventuel avenant. Il prendra effet au plus tôt le 1er du mois qui suit la demande. La re-souscription de Renfort(s) une fois résilié(s) ne peut intervenir qu'au bout de 24 mois après la date de retrait de Renfort(s).</p>	
<p>! Délais d'attente : Délai d'attente de 2 mois applicable sur chaque Renfort ajouté dans le cas d'un ajout de Renfort(s) après souscription.</p>	



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ en France métropolitaine, dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer, ainsi que dans les pays membres de l'Union Européenne
- ✓ dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ les garanties d'assistance s'appliquent uniquement à la France.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc...)

À la souscription du contrat :

- remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion, le dater et le signer sous peine de nullité de votre contrat
- fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur
- régler la cotisation selon les modalités de règlement et la fréquence indiquées sur le bulletin d'adhésion.

En cours de contrat :

- fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- faire parvenir les demandes de remboursements sur la demande de l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire
- informer l'assureur des événements suivants dès que vous en avez connaissance :
 - => 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
 - => changement de profession : dans ce cas, vous devez fournir sur la demande de l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification de votre contrat et de sa cotisation
- Honorer le paiement de vos cotisations.

En cas de sinistre :

- fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur pour percevoir les prestations.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Vous devez régler vos cotisations aux échéances figurant sur votre bulletin d'adhésion. Vos cotisations sont annuelles et sont payables d'avance. Vous avez la possibilité de fractionner leur règlement qui peut être mensuel, trimestriel ou semestriel, selon le moyen de paiement défini lors de votre adhésion : par chèque ou prélèvement automatique. Votre avis d'échéance détaille le montant de vos cotisations suivant la périodicité et le mode de règlement que vous aurez choisis.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Votre contrat prend effet :

- à la date précisée sur votre bulletin d'adhésion, étant toutefois précisé que la date d'effet de votre contrat ne peut pas être rétroactive à votre demande d'adhésion. La prise d'effet de votre adhésion est matérialisée par la signature de votre bulletin d'adhésion.
- Le contrat est renouvelé tacitement à son échéance fixée au 31 décembre de chaque année, sauf dénonciation ou résiliation.

Votre contrat prend fin :

- en cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile: vous pouvez, si vous le souhaitez, renoncer à votre adhésion en nous adressant une lettre recommandée. Vous disposez, pour ce faire, d'un délai de 14 jours calendaires qui commence à courir à compter du jour où votre contrat a pris effet ou, si cette date est postérieure, à compter du jour où vous avez reçu l'ensemble de la documentation contractuelle
- en cas de fausses déclarations intentionnelles
- en cas de résiliation de votre contrat auprès de l'assureur
- en cas de défaut de paiement de vos cotisations.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance de votre contrat, soit au 31 décembre de chaque année, en nous adressant une notification, au moins deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre;
- lorsque l'avis d'échéance annuel de vos cotisations vous est adressé moins de 15 jours avant votre délai de préavis pour résilier votre contrat ou après cette date, vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de votre avis d'échéance pour dénoncer votre contrat
- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription de votre garantie, à tout moment, par lettre ou support durable, seul(e) ou avec votre nouvel assureur si vous le souhaitez, sans frais ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après la confirmation de la réception de votre notification.

version Janv 2024

