Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance
Unéo - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité SIREN 503 380 081 - France
GMF ASSURANCES SA - 398 972 901 R.C.S. Nanterre - France
CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE OU FACULTATIF POUR LES MILITAIRES D'ACTIVE ET LEURS AYANTS DROIT

Ce document d'information vous 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 précontractuelle et 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 est un contrat complémentaire collectif obligatoire ou facultatif, souscrit par le ministère des Armées pour les militaires d'active et leurs ayants droit. Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge du militaire et de sa famille en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française.
Le contrat complémentaire santé respecte les conditions légales des contrats solidaires et 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 la charge de l'assuré.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation :** honoraires, forfait journalier hospitalier, participation du patient, frais de séjour, chambre particulière, frais d'accompagnant ;
- ✓ **Soins courants :** honoraires médicaux, consultations, visites de médecins généralistes et spécialistes, honoraires paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire, médicaments, matériel médical, frais de transport en véhicule sanitaire ;
- ✓ **Dentaire :** soins et prothèses 100% Santé, soins (hors 100% Santé), prothèses (hors 100% Santé), panier maîtrisé et libre, implantologie, orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale ;
- ✓ **Aides auditives :** équipements 100% Santé, équipements à tarif libre, accessoires, entretien et piles remboursés par la Sécurité sociale ;
- ✓ **Optique :** équipements 100% Santé, équipements à tarifs libre, lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale, chirurgie réfractive ;
- ✓ **Cures thermales :** honoraires, traitements, frais d'hébergement et de transport ;
- ✓ **Psychologue remboursé par la Sécurité sociale** ;
- ✓ **Psychologue non remboursé par la Sécurité sociale** ;
- ✓ **Médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale :** ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue ;
- ✓ **Prestations non remboursées par la Sécurité sociale :** vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique, contraception, tests de grossesse ;
- ✓ **Prévention :** amniocentèse, dépistage prénatal, tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale**.**

SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Téléconsultation médicale
- ✓ Deuxième avis médical
- ✓ Assistance
- ✓ Réseau de soins : optique, dentaire, audition, médecines douces (ostéopathes, chiropracteurs, diététiciens)
- ✓ Accompagnement social

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les actes ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ;
- ✗ Le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux, tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et par les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes, tels que les EHPAD ;
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale ;
- ✗ Les cures thermales non prises en charge par la Sécurité sociale et les frais de repas pris à l'extérieur de l'établissement thermal.

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 2€ par consultation ;
- ! 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 maitrisée ;
- ! La franchise de 1 € par boite de médicaments et par acte paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien, pédicure-podologue…) ;
- ! La franchise de 4 € sur les transports sanitaires.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un bénéficiaire de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue ;
- ! **Dentaire** : implant racine pris en charge limité à 2 par an à l'exclusion du pilier implantaire et de tout autre accastillage, couronne sur implant pris en charge limité à 2 par an ;
- ! **Optique-dentaire :** la prise en charge des équipements optiques et des soins et prothèses dentaires "100% Santé" intervient à hauteur des prix limites de vente ou de facturation ;
- ! **Aides auditives :** Remboursement limité à une aide auditive par oreille par période de 4 ans dans la limite du plafond de remboursement de 1 700 € RSS ;
- ! **Psychologue remboursé par la Sécurité sociale :** prise en charge limitée à 8 séances par an ;
- ! **Psychologue non remboursé par la Sécurité sociale :** prise en charge limitée à 10 séances par an ;
- ! **Médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale** : prise en charge limitée à 5 séances par an pour l'ensemble des spécialités.

Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France
- ✓ A l'Étranger (pour les missions pour les missions inférieures à un (1) mois), dans la mesure où la Sécurité sociale française (hors CFE Caisse des Français de l'Étranger) prend en charge les frais engagés. Le remboursement se fait alors sur la base de la Sécurité sociale française quelle que soit la dépense engagée.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de sanctions prévues dans la documentation contractuelle :

À la souscription du contrat :
Le souscripteur doit :
- Transmettre un fichier indiquant les militaires à affilier.

L'assuré doit :
- Finaliser son affiliation soit directement sur l'Espace assuré « Mon compte », soit en complétant et signant le bulletin individuel d'affiliation qui lui est remis par la Mutuelle.
- Fournir les pièces justificatives nécessaires (la copie de l'attestation de la carte Vitale à jour).

En cours de contrat :
Le souscripteur doit :
- Déclarer chaque nouvelle affiliation dans un délai de 7 jours à l'organisme assureur.
- Transmettre tous les mois le bordereau des cotisations sur lequel doit figurer le nom des affiliés entrés et sortis au cours du mois, ainsi que la modification de leur situation familiale, si celle-ci a changé.
- Régler les cotisations prévues au contrat.

L'assuré doit :
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale ;
- Informer la Mutuelle pour tout changement personnel ou professionnel via l'Espace assuré « Mon compte ».
- Régler les cotisations indiquées sur l'échéancier ou l'avenant.

Pour le versement des prestations :
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations dans les délais prévus au contrat.

Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour le souscripteur :
- La complémentaire santé est financée en partie par le ministère des Armées et le cas échéant pour partie par l'assuré pour le militaire en activité.
- La cotisation, calculée annuellement, est payable mensuellement à terme à échoir.
- Le Souscripteur et les Employeurs publics procèdent aux virements des cotisations forfaitaires et solidaires dues à la mutuelle pour chaque bénéficiaire actif. Les montants versés sont justifiés par les DSN mensuelles.

Pour l'assuré :
- Les cotisations sont payables mensuellement à terme à échoir.
- Les paiements sont effectués par prélèvement directement sur le compte courant.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Pour le souscripteur :
Le Contrat collectif est conclu pour une durée de trois (3) ans, courant à compter de sa prise d'effet, et arrivant à échéance le 31 décembre 2027 et est reconduit tacitement trois (3) fois par périodes consécutives de douze (12) mois, sauf en cas de dénonciation du Souscripteur. La durée maximale du Contrat collectif est de six (6) ans.

Pour les militaires d'active :
- à la date d'effet du Contrat collectif liant votre employeur aux Co-assureurs (1er janvier 2025) si vous faites partie à cette date des effectifs des Ministères ou établissements publics administratifs ;
- ultérieurement, le premier (1er) jour qui suit la réception par la Mutuelle de votre demande d'adhésion à la garantie optionnelle ;
- après la date d'effet du Contrat collectif liant votre employeur à la Mutuelle, dès le jour où vous rentrez dans les effectifs des Ministères et établissements publics administratifs.

La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat par le souscripteur ou par la mutuelle, à la date de radiation des cadres ou des contrôles, à la date de prise d'effet d'une dispense d'affiliation, en cas de suspension de votre qualité de militaire d'active lors d'un placement en position de détachement.

Pour les ayants droits :
- à la même date que vous sous réserve de répondre à la définition d'Ayant droit à cette date ;
- le jour de la demande faite par vos soins quant à leur affiliation sur votre Espace Assuré « Mon Compte ».
- et de manière rétroactive, au jour de la naissance ou de l'adoption d'un enfant sous réserve de la déclaration de cet évènement 8 mois après sa survenance.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Le Souscripteur peut dénoncer la tacite reconduction du présent Contrat collectif, en adressant à Unéo sa décision de non-reconduction par lettre recommandée avec accusé de réception en respectant un préavis de dix (10) mois avant la date de reconduction, le cachet de la poste faisant foi.

Pour le contrat collectif facultatif « panier de soins » des ayants droit :
Le contrat est souscrit pour une durée courant à compter de la date d'adhésion indiquée sur le bulletin individuel d'affiliation, jusqu'au 31 décembre de l'année au titre de laquelle elle intervient. L'affiliation est renouvelée tacitement au 1er janvier de chaque année, pour une durée annuelle.
Après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première souscription, le Membre participant peut mettre fin à son adhésion au présent Contrat collectif, et/ou à celle de ses Ayants droit, tous les ans, à tout moment en adressant à la Mutuelle une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle.

Pour le contrat collectif facultatif optionnel des militaires d'active et des ayants droit :
L'option est souscrite pour une durée minimale d'un (1) an à compter de la date d'effet de la garantie. Après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première souscription, le Membre participant peut mettre fin à son adhésion au présent Contrat collectif, et/ou à celle de ses Ayants droit, à tout moment, en adressant à la Mutuelle une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle.

En cas de résiliation de l'adhésion à la Garantie optionnelle, les Bénéficiaires actifs et leurs Ayants droit ne peuvent y adhérer de nouveau qu'après un délai d'un (1) an courant à compter de la date de résiliation.

Unéo - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - Inscrite au répertoire Sirène sous le numéro 503 380 081 - APE 6512Z - Siège social : 48, rue Barbès 92544 Montrouge cedex
GMF ASSURANCES - Société anonyme d'assurance au capital de 181 385 440 euros entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - 398 972 901 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148, rue Anatole France 92597 Levallois-Perret cedex - Adresse postale : 45930 Orléans cedex 9