

Compagnie : Umanens, union de groupe mutualiste régie par le Code de la mutualité et soumise au livre I SIREN N° 800 533 499

La souscription au régime est proposée par Umanens auprès de l'une de ses mutuelles membres, à savoir Identités Mutuelle, La Mutuelle Familiale ou Mutualia, mutuelles régies par le Livre II du Code de la mutualité.

Produit : PRODUIT COLLECTIF – CCN BIJOUTERIE, JOAILLERIE, ORFÈVRE ET ACTIVITÉS QUI S'Y RATTACHENT

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 pré contractuelle 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 CCN (Convention Collective Nationale) de la bijouterie, joaillerie, orfèvrerie et activités qui s'y rattachent est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent ou affilié et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, d'accident ou de maternité, conformément aux dispositions de ladite convention collective. Il intervient en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et solidaires.



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 :

- ✓ **Frais d'hospitalisation** : frais de séjour, honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire, forfait hospitalier, forfait patient urgences, forfait actes lourds, frais d'accompagnement pour les enfants de moins de 16 ans.
- ✓ **Frais médicaux** : consultations - visites généralistes, consultations - visites spécialistes, soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement, frais d'analyse et de laboratoire, actes de spécialité, radiologie - ostéodensitométrie, sevrage tabagique.
- ✓ **Pharmacie** : frais pharmaceutiques, autres vaccins, automédication.
- ✓ **Transport** : frais de transport.
- ✓ **Optique** : monture, verres, lentilles remboursées par la S.S, chirurgie réfractive.
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, inlay-core et inlay à clavette, prothèses dentaires remboursées par la S.S, implantologie, orthodontie remboursée par la S.S.
- ✓ **Appareillage** : orthopédie et prothèses diverses, prothèses auditives
- ✓ **Allocation forfaitaire** : maternité, cure thermique remboursée
- ✓ **prévention** : actes de prévention.

Les services systématiquement prévus

- ✓ Prise en charge du Tiers-Payant
- ✓ Gratuité à partir du 3^{ème} enfants



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - Dans les unités ou centres de long séjour
 - 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 le RO
- ✗ 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 dépendantes (EHPAD).



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! 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

- ! **Chambre particulière** : remboursement par an dans la limite de la garantie.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée par an selon la garantie souscrite.
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité par an selon la garantie souscrite.
- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée annuellement.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ 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.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties.

À la souscription du contrat :

- Être salarié de l'entreprise souscriptrice ;
- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par votre employeur ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle.
- Couverture des ayants droit à titre facultatif

En cours de contrat :

- Fournir tous les 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 RO
- Régler le complément de cotisations si vous optez pour une option supérieure à celle choisie par votre employeur,
- Possibilité de couverture facultatives pour les ayants droit,
- Informer la Mutuelle des événements suivants, par demande écrite, dès la connaissance des événements :
 - Changements de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoire français,
 - Changement d'adresse, de domiciliation bancaire, de situation familiale (naissance, mariage, décès)



Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour les cotisations obligatoires :

- ✓ Si envoi du mandat SEPA par l'entreprise, paiement par prélèvement mensuel ;
- ✓ Si retour de l'entreprise suite à l'envoi du Certificat d'adhésion sur le mode de paiement, appliquer le mode de paiement souhaité par l'entreprise.

Pour les cotisations facultatives :

Prélèvement mensuel en début de mois sur le compte bancaire du salarié.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- ✓ Les garanties prennent effet pour le salarié et ses ayants droit couvert par le contrat dès la prise d'effet de l'affiliation.
- ✓ Elles prennent fin à la date de votre départ de l'entreprise, sous réserve de l'application des conditions de leur maintien.
- ✓ Elles prennent fin à la dénonciation du contrat collectif souscrit par l'entreprise



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'entreprise adhérente peut demander la résiliation du contrat collectif, en le signifiant à Umanens (adresse sur votre bulletin d'adhésion) par lettre, par mail ou par tout moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la Mutualité :

À l'échéance annuelle du contrat, sous réserve de respecter un délai minimum de deux mois avant la fin de l'année civile, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, conformément au disposition de l'article L.221-10 du code de la mutualité,

À tout moment, après une année d'adhésion, sans frais ni pénalité, conformément à l'article L.221-10-2 du code de la mutualité.

À tout moment, à la demande de l'Entreprise adhérente, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prend effet un (1) mois après la réception de la demande de résiliation par l'Organisme assureur. L'Entreprise adhérente reste redevable de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.