

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance



**Coconcepteur : Solaé Prévoyance** – Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS

sous le n° 10 054 505 et régi par le Code des assurances

**Compagnie : Miltis** – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité

**Produit : Santé collective obligatoire ESAT**

Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et 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 santé collectif obligatoire ESAT est une assurance complémentaire santé à adhésion obligatoire destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, de maternité ou d'accident et intervient en complément de la Sécurité sociale française. Ce produit d'assurance respecte les conditions légales pour être qualifié de contrat responsable.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations ne peuvent être plus élevés que les dépenses réelles engagées. Ils varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de prestations. Ainsi, suivant les cas, ils peuvent couvrir totalement ou partiellement le reste à charge pour l'assuré.

**Les garanties de base sur l'ensemble des niveaux sont les suivantes :**

- ✓ **Hospitalisation**  
Frais de séjour, honoraires médicaux et chirurgicaux, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire pour les actes techniques lourds.
- ✓ **Soins courants**  
Honoraires médicaux, actes techniques médicaux et imagerie médicale, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, matériel médical, frais de transport, médicaments pris en charge à 65% par le régime de base, actes de prévention pris en charge par le régime de base, soins et prestations inopinés à l'étranger pris en charge par le régime de base.
- ✓ **Dentaire**  
Soins (dont inlays, onlays, scellement des sillons), prothèses dentaires, inlays-core et implantologie pris en charge par le régime de base, orthodontie prise en charge par le régime de base, soins et prothèses 100% santé
- ✓ **Optique**  
Équipement optique, suppléments et prestations équipement optique, lentilles prescrites (y compris jetables) prises ou non prises en charge par le régime de base, équipement 100% santé.
- ✓ **Aides auditives**  
Prothèses auditives, piles et autres prestations liées aux aides auditives, équipement 100% santé prothèses auditives.
- ✓ **Prévention**  
Honoraires, frais d'établissement, transport et hébergement.

**Les garanties complémentaires incluses pour les niveaux ANI +, 1 à 5**

- **Soins courants**  
Médicaments pris en charge à 30% et 15% par le régime de base,
- **Prévention**  
Médecines douces, pédicure podologue
- **Protection judiciaire : expertise médicale**  
Consultation médecin expert en cas de renouvellement de la mesure non justifié par une demande express du juge, consultation d'un médecin expert inscrit sur liste

**Les garanties complémentaires incluses pour les niveaux 1 à 5 :**

- **Hospitalisation**  
Chambre particulière, séjour accompagnant d'enfant de moins de 17ans ou d'une personne handicapée, frais de télévision
- **Soins courants**  
Cures thermales prises en charge par le régime de base
- **Dentaire**  
Orthodontie, prothèses, inlay-core, parodontie, dents provisoires et implantologie non pris en charge par le régime de base



### Qu'est-ce qui est assuré (suite) ?

**Les garanties complémentaires incluses pour les niveaux 1 à 5**

■ **Prévention**

Vaccins, vaccination anti-grippale, autres vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base, examen et mesure de la densitométrie osseuse, bilan nutritionnel, forfait sevrage tabagique.

**La garantie complémentaire incluse pour les niveaux 2 à 5**

Chirurgie réfractive de la myopie

**Les services systématiquement prévus sur le niveau Hospi seule sont les suivants :**

- Assistance.
- Tiers payant.



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
  - Dans les établissements et services sociaux.
  - Dans les établissements médico-sociaux et médico-pédagogiques.
  - Dans les établissements ou unités de longs séjours.
  - Dans les établissements ou unités pour personnes âgées.
- ✗ La chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base.
- ✗ Les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.



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

**Les principales exclusions du contrat sont les suivantes :**

! La participation forfaitaire de 1,00€ et les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et transports.

! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires relatifs aux actes réalisés 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.



## Y a-t-il des exclusions à la couverture (suite) ?

Les principales restrictions, sur l'ensemble des niveaux sont les suivantes :

! Optique :

- Remboursement de la monture limité à 100,00€ par équipement.
- Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur ou si la vue évolue.

! Aides auditives : prise en charge limitée à un équipement tous les 4 ans dans la limite du prix limite de vente (Classe I) ou de 1 700€ (Classe II).

Les principales restrictions pour les niveaux 1 à 5 sont les suivantes :

! Chambre particulière :

- Prise en charge limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire
- Prise en charge exclue pour les établissements psychiatriques, établissements et unités spécialisés et la maternité.

! Séjour accompagnant : prise en charge limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire.



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine.
- ✓ Dans les départements de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Réunion, et de la Guyane (à l'exclusion de Mayotte), à Saint-Martin (territoire français) ou à Saint-Barthélemy.
- ✓ Dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas une durée totale de deux mois par an (en un ou plusieurs séjours). Les soins effectués à l'étranger ne seront remboursés qu'à condition d'être pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français.



## Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie, l'assuré doit :

### • À la souscription du contrat

- Compléter, dater et signer la demande d'adhésion indiquant la formule de garantie choisie et les éventuels ayants-droit à garantir ;
- Fournir la demande d'adhésion complétée et signée ;
- Fournir la liste des salariés de la catégorie de personnel assurable à la date de demande de souscription au contrat ;
- Remettre aux membres participants les notices d'information, y compris celles modifiées en cours de contrat ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- Etre affilié à l'un des régimes de base de la sécurité sociale française ;

### • En cours de contrat

- Maintenir dans le contrat collectif la totalité de la catégorie de personnel assuré, sauf dispense ;
- Informer les membres participants, par écrit, des modifications qu'il est prévu d'apporter à leurs droits et obligations, notamment avant toute réduction de garanties, toute modification tarifaire ou résiliation du contrat ;
- Informer le gestionnaire Génération de toute procédure collective (notamment de redressement ou liquidation judiciaire) visant l'entreprise, au plus tard dans les 15 jours suivant son ouverture ;
- Informer le gestionnaire Génération de toute modification de sa propre situation ou de celle d'un membre participant, au plus tard dans les 15 jours suivant le changement de situation ;
- Régler les cotisations trimestrielles correspondantes dans les dix jours suivant la fin de chaque trimestre.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables trimestriellement dans les dix jours suivant la fin de chaque trimestre. Le paiement des cotisations incombe à l'entreprise souscriptrice y compris pour la part salariale.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat collectif prend effet à la date souhaitée par l'entreprise et au plus tôt à compter de la date de réception du dossier complet de l'entreprise.

Le contrat est conclu pour l'année civile en cours et se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année. Dans tous les cas, l'assureur peut mettre fin au contrat à tout moment et sans préavis lorsqu'il n'y a plus de membre participant dans la/ les catégorie(s) de personnel affilié.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Il est possible de résilier le contrat en utilisant tout support énuméré à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, adressé au siège du gestionnaire Génération

- A la date d'échéance principale du contrat, fixée au 31 décembre de chaque année, au moins deux mois avant cette date.
- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat et dans les conditions fixées au contrat.
- A la suite d'une modification du contrat d'assurance, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'entreprise souscriptrice.
- En cas de révision des cotisations, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'entreprise souscriptrice.