

Assurance Complémentaire de frais de soins de Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Co-Concepteur : Alptis Assurances - Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS sous le n° 07 005 850 et régi par le Code des assurances

Mutuelle : Miltis - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, SIREN n° 417 934 817

Produit : SOLUTION SANTÉ COLLECTIVE

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 descriptif de prestations.

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

Ce produit est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restants à la charge des salariés de l'Entreprise Adhérente et éventuellement de leurs Ayants droit, en complément du régime d'assurance maladie obligatoire français. 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 descriptif de prestations. Ainsi, suivant les cas, ils peuvent couvrir totalement ou partiellement le reste à charge pour l'Assuré. Sous réserve des formalités d'adhésion :

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour en secteur conventionné et non conventionné, forfait journalier hospitalier, honoraires.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, transport, matériel médical, médicaments (pris en charge à 15 %, 30 % et 65 %), soins inopinés à l'étranger, pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire.
- ✓ **Aide auditive** : aides auditives pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire. "Équipements 100 % Santé". Autres prestations liées aux aides auditives prises en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire.
- ✓ **Dentaire** : soins, prothèses, inlay-core et orthodontie, pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire. "Soins et prothèses 100 % Santé".
- ✓ **Optique** : équipements (monture + verres), lentilles prescrites y compris lentilles jetables pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire. "Équipements (monture + verres) 100 % Santé". Suppléments et prestations pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire.
- ✓ **Prévention** : actes de prévention pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire.

LES GARANTIES PRÉVUES SUR LES NIVEAUX 1 À 11 UNIQUEMENT :

Chambre particulière en secteur conventionné - Séjour accompagnant - Cures thermales : frais d'établissement et honoraires médicaux pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire - Prothèses dentaires, implants dentaires, parodontie et orthodontie non pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire - Lentilles prescrites non prise en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire, y compris lentilles jetables - Consultation en médecine complémentaire - Prime de naissance/adoption.

LES GARANTIES PRÉVUES SUR LES NIVEAUX 2 À 11 UNIQUEMENT :

Supplément matériel médical, prothèses capillaires pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire - lingerie prescrite prise en charge ou non par le régime d'assurance maladie obligatoire - Cures thermales : Transport et hébergement pris en charge ou non par le régime d'assurance maladie obligatoire - Chirurgie réfractive - Automédication et médicaments non pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire - Ostéodensitométrie, Sevrage tabagique et Vaccins non pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire.

LES GARANTIES PRÉVUES SUR LES NIVEAUX 8 À 11 UNIQUEMENT :

Aide à la procréation non prise en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire.

LES GARANTIES PRÉVUES SUR LE NIVEAU 11 UNIQUEMENT :

Test dépistage trisomie prescrit non pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

- ✓ Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission.
- ✓ Ateliers de prévention Santé Durable.
- ✓ Assistance santé.
- ✓ Protection Juridique Santé.
- ✓ Téléconsultation.

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.
- ✗ La chirurgie esthétique et actes esthétiques non pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire.
- ✗ Les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif de prestations.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les établissements et services sociaux, médico-sociaux et médico-pédagogiques,
 - dans les établissements ou unités de longs séjours,
 - dans les établissements ou unités pour personnes âgées.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! **Participation forfaitaire** dont le montant ne peut être inférieur à 2 € et excéder 3€ ; **les franchises** sur les médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! **Majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires** relatifs aux actes réalisés en dehors du parcours de soins.
- ! **Dépassements d'honoraires** au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! **Chambre particulière** en unités et établissements spécialisés non conventionnés.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Optique** : un équipement (monture + verres) par Assuré tous les 24 mois (12 mois pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution justifiée de la vue) et 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage). Remboursement de la monture limité à 100 € par équipement.
- ! **Dentaire** : remboursement des prothèses et des implants non pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire limité à deux prothèses et deux implants par année d'adhésion et par Assuré. **Somme maximale de prise en charge par année d'adhésion et par Assuré sur tous les actes dentaires** (hors "Prothèses et Soins 100% Santé" et Soins "autres que 100 % Santé") fixée à 3 500 €.
- ! **Aide auditive** : prise en charge d'une aide auditive par Assuré tous les 4 ans et dans la limite du prix limite de vente par aide auditive de classe I, ou dans la limite de 1 700 € par aide auditive de classe II.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France.
- ✓ Dans le monde entier, pour des soins inopinés, lors de séjours n'excédant pas une durée totale de 3 mois par an (en un ou plusieurs séjours) et 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'Entreprise Adhérente doit :

– À l'adhésion au contrat

- Être membre de l'association souscriptrice.
- Remplir avec exactitude les formulaires d'adhésion.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés.
- Remettre aux assurés la notice d'information afférente au contrat socle.
- Régler la cotisation indiquée au contrat.

– En cours de contrat

- Informer les assurés par écrit des modifications portées au contrat.
- Informer l'assuré en cas de résiliation du contrat / de l'adhésion.
- Informer Alptis Assurances de toute procédure collective visant l'entreprise au plus tard dans les 15 jours suivant son ouverture.
- Informer Alptis Assurances de toute modification de sa propre situation, ou de celle d'un assuré au plus tard dans les 15 jours qui suivent 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 10 jours qui suivent la fin de chaque trimestre.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion au contrat prend effet à la date souhaitée par l'entreprise Adhérente et indiquée dans le certificat d'adhésion.

L'adhésion se renouvelle annuellement par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas prévus au contrat.

Dans tous les cas, Alptis Assurances peut mettre fin à l'adhésion à tout moment et sans préavis lorsqu'il n'y a plus de participant dans la (les) catégorie(s) de personnel affilié ou lorsque l'Entreprise Adhérente cesse d'exister.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'entreprise adhérente peut résilier son adhésion, dans les formes énoncées dans les Conditions générales, notamment dans les cas suivants :

- à l'expiration d'un délai d'un an, en la notifiant au moins 2 mois avant la date d'échéance du contrat, fixée au 31 décembre (au plus tard le 31 octobre de chaque année) ;
- après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription ;
- en cas de révision des cotisations, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'entreprise adhérente.

Réf : SSC - 08/2024 - page 2/2

Alptis Assurances

Intermédiaire en assurance - Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - 25 cours Albert Thomas 69003 Lyon - RCS de LYON n° 335 244 489 - N° TVA intracom-munautaire : FR37335244489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - IDU EMBPG : FR341758_01CWQT - Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au Code des Assurances - Tél : 04 72 36 16 16

Miltis

25 cours Albert Thomas 69003 Lyon - Tél : 04 72 36 16 60 - Fax : 04 72 36 23 48 - www.mutuelle-miltis.fr - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutua-lité (SIREN n° 417 934 817) - IDU EMBPG : FR331494_01NNDU

