

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

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

Produit : Santé Futée



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 Futée » est une assurance complémentaire santé 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 (SS). 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
- ✓ **Soins courants**  
Honoraires médicaux, actes techniques médicaux, imagerie médicale, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, matériel médical, médicaments pris en charge par la SS, Frais de transport, actes de prévention pris en charge par la SS,
- ✓ **Dentaire**  
Soins et prothèses 100% santé, soins dentaires hors 100% Santé (dont Inlays, Onlays, scellement des sillons, détartrage), prothèses dentaires, Inlay-core et implantologie pris en charge par la SS, orthodontie prise en charge par la SS
- ✓ **Optique**  
Équipement 100% santé, équipement hors 100% Santé, lentilles prises en charge par la SS
- ✓ **Aides auditives**  
Equipement 100% santé, audioprothèse hors 100% Santé, accessoires et fournitures pris en charge par la SS

Les garanties de base, sur les niveaux 2 à 4 sont les suivantes :

- **Hospitalisation**

Chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné

Les garanties optionnelles sont les suivantes :

- **Option ECO**

Non prise en charge de la chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné

Non prise en charge des médicaments pris en charge par la SS à 15%

- **Pack Optique-Dentaire (uniquement pour niveaux 3 et 4)**

- **Pack Bien-être (uniquement pour niveaux 3 et 4)**



### 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 séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours ; aux 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.
- ✗ L'achat de médicament sur internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée)



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

### Les principales exclusions du contrat responsable sont les suivantes :

- ! La participation forfaitaire 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.

### Les principales restrictions sont les suivantes :

- ! Chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné limitée à 30 jours par année d'adhésion et exclue pour les établissements et unités psychiatriques.
- ! Optique : Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur de moins de 16 ans ou si la vue évolue.
- ! Aides auditives : prise en charge limitée à un équipement tous les 4 ans par oreille à compter de l'acquisition de l'aide auditive, dans la limite du prix limite de vente pour la Classe I ou de maximum 1 700€ pour la Classe II.
- ! Plafond de remboursement dentaire selon le niveau souscrit.
- ! Délai d'attente pour les prestations chambre particulière, optique et dentaire.
- ! Délai d'attente des packs optionnels Bien-être et Optique-Dentaire.



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine.
- ✓ Dans les DROM (à l'exclusion de Mayotte), à Saint-Martin (territoire français) ou à Saint-Barthélemy.
- ✓ Dans le monde entier lors des séjours n'excédant pas trois (3) 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 la SS.



## 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 le bulletin d'adhésion, en indiquant la formule de garantie choisie ainsi que les packs optionnels le cas échéant et les éventuels ayants-droit à garantir ;
  - Être affilié à l'un des régimes de base de la sécurité sociale française ;
  - Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cours de contrat**
  - Signaler tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations, par écrit, dans le mois qui suit la connaissance que l'assuré a de l'un des événements suivants : changement d'adresse, changement du département de résidence, changement du régime de base
  - Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cas de sinistre**
  - Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date prévue par le contrat. Le paiement peut être effectué par chèque, virement ou prélèvement bancaire. Un paiement fractionné peut être accordé au choix de l'assuré (semestriel, trimestriel ou mensuel) lorsque le paiement est effectué par prélèvement bancaire. Le paiement mensuel par chèque n'est pas autorisé.



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

La couverture commence à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège du gestionnaire de la demande d'adhésion, complétée, datée et signée, sous réserve d'acceptation expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1ère cotisation.

Le membre participant dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus selon les modalités de la vente à distance ou du démarchage à domicile.

Le contrat est conclu pour douze (12) mois et se renouvelle par tacite reconduction à sa date d'échéance principale sauf résiliation dans les cas et conditions fixées au contrat.



## 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 à Asrama Gestion - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX (le Gestionnaire).

A la date d'échéance principale du contrat 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 au membre participant.
- En cas de révision des cotisations, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information au membre participant.