

Assurance complémentaire santé collective obligatoire - SANTESAT

Document d'information sur le produit d'assurance

Contrat coassuré par :

INIZYS MUTUELLE - Société d'assurances mutuelles à cotisations variables régie par le Code des assurances – Immatriculée sous le n°SIREN : 327 136 743 – Siège sociale : 68 Quai de l'Odet – CS 71033 – 29196 QUIMPER Cedex.

GROUPE FRANCE MUTUELLE – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Immatriculée sous le n°SIREN 784 492 084 – Siège opérationnel : 10 rue du 4 septembre – CS 11601 – 75089 Paris Cedex 2 – Siège social : 56 rue de Monceau – 75008 Paris



Ce document d'information non contractuel présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur cette garantie dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

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

Cette offre santé est un contrat collectif à adhésion obligatoire pouvant être souscrit par un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) au profit des travailleurs handicapés titulaires d'un contrat de soutien et d'aide par le travail désignés aux conditions particulières (assurés). Ce produit a pour objet de rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément du régime obligatoire de sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.

Le caractère obligatoire ou facultatif de l'affiliation des ayants droit est déterminé dans l'acte de mise en place du régime. Conformément à l'article L344-2-10 de la Loi n°2023-1196 du 18/12/2023, la cotisation du contrat collectif obligatoire est financée au minimum à 50% par l'employeur.



Qu'est ce qui est assuré ?

Ces garanties vous permettent de bénéficier du « 100 % Santé » en optique, dentaire et audioprothèses, votre reste à charge est donc nul pour ces équipements. En dehors des prestations concernées par le « 100 % Santé », les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau descriptif des garanties. Dans tous les cas, les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES, en complément de la sécurité sociale :

- ↳ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport.
- ↳ **Frais médicaux courants** : consultations généralistes et spécialistes, radiologie, actes techniques médicaux, auxiliaires médicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments, matériel médical.
- ↳ **Frais dentaires** : soins dentaires, inlay-onlay, prothèses dentaires, orthodontie remboursée par la sécurité sociale.
- ↳ **Optique** : monture et verres, lentilles.
- ↳ **Aides auditives** : appareillage, accessoires.
- ↳ **Cures thermales** remboursées par la Sécurité sociale

LES GARANTIES SUPPLEMENTAIRES selon le niveau choisi :

- ↳ Prise en charge des dépassements d'honoraires médicaux.
- ↳ Chambre particulière en hospitalisation.
- ↳ Frais de lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans ou conjoint
- ↳ Renforts sur le dentaire (actes non remboursés par la Sécurité sociale) l'optique (lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale et chirurgie réfractive) et les audioprothèses
- ↳ Pack Mieux-Etre – Médecine douce.
- ↳ Pack Prévention



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ↳ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ↳ Les indemnités de perte de salaire versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ↳ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de long séjour.
- ↳ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ↳ Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux-sociaux incluant les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) ainsi que le forfait journalier facturé dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ↳ La participation forfaitaire de 2 € 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS :

- ↳ Télétransmission
- ↳ Le tiers payant Almerys pour éviter l'avance des frais chez la plupart des professionnels de santé.
- ↳ Le réseau OPTILYS, 7000 professionnels de santé (opticiens et Audioprothésistes) pour la dispense d'avance des frais, prix négociés et qualité.
- ↳ Analyse et délivrance de devis (dentaire, audioprothèses)
- ↳ Assistance - Filassistance.
- ↳ Téléconsultation médicale 7j/7 & 24h/24 – Medaviz
- ↳ Application Age Impulse – Mesurez votre âge physiologique
- ↳ Digitalisation, espace assuré.

↳ Optique : prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale.

↳ Soins à l'étranger : remboursement dans la limite de la base de remboursement du régime obligatoire français.

↳ Aide auditive : prise en charge limitée à une aide auditive par oreille tous les 4 ans.

↳ Dentaire : plafonnement annuel des remboursements sur les prothèses dentaires, implants (pilier + racine) et parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale.

↳ Chambre particulière : remboursements limités en nombre de jours par an.

Certaines prestations sont limitées à un montant maximum par année civile. Se référer au tableau descriptif des garanties.



Où suis-je couvert ?

- ↳ En France et à l'étranger ; dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement intervient sous condition préalable de remboursement par la régime obligatoire de sécurité sociale français et à hauteur de sa base de remboursement, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations en tant que souscripteur ? En tant qu'assuré ?

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'établissement souscripteur entraîne la nullité du contrat et la déchéance de tous droits aux prestations.

A la souscription du contrat (souscripteur) :

- ↳ Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion établissement.
- ↳ Fournir tous les documents justificatifs demandés par INIZYS MUTUELLE.
- ↳ Signer les conditions particulières du contrat après leur remise.
- ↳ Transmettre les bulletins individuels d'affiliation remplis avec exactitude et signés par les assurés, accompagnés des pièces nécessaires à l'affiliation.
- ↳ Remettre à chacun des assurés la notice d'information du contrat collectif.

A l'adhésion au contrat (assuré) :

- ↳ Remplir avec exactitude et signer le bulletin individuel d'affiliation accompagné des pièces nécessaires à l'adhésion (attestation d'affiliation à l'assurance maladie, mandat SEPA, relevé d'identité bancaire...)
- ↳ Fournir tous les documents justificatifs demandés par INIZYS MUTUELLE.

En cours de contrat (souscripteur) :

- ↳ Payer la cotisation ou fraction de cotisation indiquée au bordereau.
- ↳ Communiquer tout mouvement de la catégorie de personnel assurée (entrées, sorties).
- ↳ Remettre à chacun des assurés la notice d'information mise à jour en cas d'évolution du contrat et/ou des garanties.

En cours de contrat (assuré) :

- ↳ Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- ↳ Faire les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.
- ↳ Informer le souscripteur des événements suivants dans le mois de leur survenance : changement d'adresse, modification de la composition familiale, changement de régime ou de caisse d'assurance maladie obligatoire.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Dans tous les cas :

- ↳ La cotisation à la charge de l'établissement souscripteur est appelée au terme de chaque trimestre. Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique, virement ou chèque, conformément au choix indiqué sur le bulletin d'adhésion établissement.

Dans les cas où l'établissement ne précompte pas l'intégralité des cotisations :

↳ La cotisation à la charge de l'assuré est payable mensuellement, d'avance, au 8^{ème} jour de chaque mois civil. Les paiements sont effectués par prélèvement automatique (mandat SEPA joint par l'assuré au dossier d'adhésion).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- ↳ La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et indiquée aux conditions particulières du contrat collectif.
- ↳ Le contrat est conclu à partir de sa date d'effet et jusqu'au 31 décembre inclus de l'année en cours. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction à l'échéance annuelle du 31 décembre sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

↳ Le souscripteur peut résilier le contrat à la date d'échéance principale (31 décembre) en nous adressant une lettre ou tout autre support durable au moins deux mois avant cette date, soit le 31 octobre. Il peut également être mis fin au contrat à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet un mois après sa notification à INIZYS MUTUELLE.

↳ Pour l'assuré, l'adhésion au contrat prend fin lorsqu'il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assuré visée aux conditions particulières.