

GAMME Produit : Solis Santé – Niveaux 1 à 5

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 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 contrat collectif à adhésion facultative Solis Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, et psychologues conventionnés et remboursés par l'AMO, honoraires paramédicaux, actes techniques médicaux ou petite chirurgie, médicaments à service médical rendu (SMR) majeur, modéré, et faible, médicaments prescrits non remboursés par l'AMO, analyse et examens de laboratoire, imagerie médicale, matériel médical, dépenses médicales effectuées à l'étranger remboursées par l'AMO.
- ✓ **Bien-être** : médecines douces, pédicure-podologue, cure thermale remboursée par l'AMO, participation à un abonnement annuel sportif, musical, artistique.
- ✓ **Hospitalisation** : forfait journalier hospitalier, frais de séjour, forfait patient urgences, honoraires d'hospitalisation, hospitalisation à domicile, transport en ambulance, VSL.
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact acceptées ou refusées par l'AMO.
- ✓ **Frais dentaires** : prothèses dentaires remboursées par l'AMO, implantologie remboursée par l'AMO, consultations et soins dentaires, actes dentaires divers remboursés par l'AMO, orthodontie remboursée par l'AMO, autres actes liés à l'orthodontie remboursés par l'AMO, réparations.
- ✓ **Aides auditives** remboursées par l'AMO

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Optique, aides auditives** : réseau de partenaires à tarifs négociés,
- ✓ **Assistance à domicile** (en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation, garanties complémentaires famille, en cas de décès, et dans le cas de certaines pathologies).
- ✓ **Téléconsultation médicale** en ligne,
- ✓ **Fonds social**,
- ✓ **Espace adhérent** via Internet et **application mobile**.

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
- ✗ 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.
- ✗ Les soins non remboursés par l'AMO (sauf mention contraire) et ceux non prévus dans le tableau des prestations.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux, les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)
- ✗ Les frais d'accompagnement résultant de séjours en 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

- ! **Bien-être-Prévention** : **Médecines douces et thérapies complémentaires** : 1 séance par bénéficiaire et par année civile dans la limite d'un forfait en euros par séance (pour Solis santé 1). 2 séances par bénéficiaire et par année civile dans la limite d'un forfait en euros par séance (pour Solis santé 2). 3 séances par bénéficiaire et par année civile dans la limite d'un forfait en euros par séance (pour Solis santé 3 et Solis santé 4). 4 séances par bénéficiaire et par année civile dans la limite d'un forfait en euros par séance (pour Solis santé 5).
- ! **Pédicure – Podologue** : 1 séance par bénéficiaire et par année civile dans la limite d'un forfait en euros par séance (pour Solis santé 1). 2 séances par bénéficiaire et par année civile dans la limite d'un forfait en euros par séance (pour Solis santé 2, Solis santé 3, Solis santé 4 et Solis santé 5).
- ! **Optique** : panier RAC 0 : équipement remboursé dans la limite du PLV (prix limite de vente).
Prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, sauf cas de renouvellement anticipé prévus réglementairement.
- ! **Frais dentaires** : panier RAC 0 et panier maîtrisé : remboursement prothèses dentaires dans la limite des honoraires limite de facturation (HLF). Panier libre et panier maîtrisé : plafond de 1 000 €/année civile (pour Solis santé 3), plafond de 1 500 €/année civile (pour Solis santé 4 et Solis santé 5)
- ! **Aides auditives** : remboursement limité à une prothèse auditive par oreille tous les 4 ans



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 de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) française, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Signer et remplir avec exactitude le bulletin individuel d'adhésion fourni par la mutuelle,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- Régler la cotisation indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat. Voir « Liste des documents obligatoires à la validation des prestations » en annexe de la notice d'information du contrat,
- Informer la Mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers,
- Informer la Mutuelle si je bénéficie d'une garantie de même nature (collective ou individuelle) que celle assurée par le présent 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 Sécurité sociale,
- Informer la mutuelle de tout changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de situation familiale (naissance, mariage, décès...), de Régime obligatoire d'Assurance Maladie ou d'adresse électronique de correspondance conformément aux délais mentionnés dans la notice d'information du contrat,
A restituer la carte de tiers payant qui a été remise par la Mutuelle, en cas de dénonciation de l'adhésion.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le montant de la cotisation est annuel. Elle est payable d'avance, par chèque, carte ou virement bancaire. La première cotisation est payable à l'adhésion. Les autres cotisations doivent être payées à l'échéance annuelle.

Toutefois, le montant de la cotisation annuelle peut être réglé par fractionnement mensuel, par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion au contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au bulletin d'adhésion.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat). Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

Les garanties prennent fin en cas de cessation du paiement des cotisations.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion au contrat :

- À la date d'échéance principale du contrat, en nous le notifiant par lettre, par mail ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la Mutualité, au moins deux mois avant cette date,
- A tout moment, sans frais ni pénalité, après une année d'adhésion, en nous le notifiant par lettre, par mail ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la Mutualité,
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.