

Notice d'information contractuelle

Claréa®

[sans questionnaire médical]

L'ADHÉSION

- **Toute personne âgée de moins de 65 ans**, résidant en France métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) ou dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**), en complément de son régime de base.

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle, prévue par l'article L. 221-6 du Code de la mutualité. Il reprend les dispositions des contrats collectifs à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction, n° MSI 11 CLAREA G13, MSI 11 CLAREA G13-AGR, MSI 11 HOSPI SEULE 13, 2012030S et 2012031S, souscrits par les associations Alptis et Apti auprès des mutuelles Miltis et Mutuelle Humanis Nationale, mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Sommaire

LEXIQUE	2
DESCRIPTIF DES PRESTATIONS	3-4
CONDITIONS GÉNÉRALES	5-11
OBJET DU CONTRAT	5
ADHÉSION AU CONTRAT	5-6
GARANTIES	6-8
MEDECINdirect	8
COTISATIONS	8-9
CESSATION DES GARANTIES	9
DEMANDES DE REMBOURSEMENTS	9
VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES	10
CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS	10
DISPOSITIONS DIVERSES	10-11

LEXIQUE

ADHÉRENT : personne physique membre de l'association et qui adhère à la présente convention de groupe. Un enfant mineur sans activité professionnelle ne peut être adhérent.

BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS : l'adhérent et éventuellement ses ayants droit inscrits : son conjoint et leurs enfants (âgés de moins de 28 ans), affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base ; ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

CERTIFICAT D'ADHÉSION : c'est le document envoyé à l'adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

COUPLE-CONJOINT : toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

DÉLAI D'ATTENTE : il s'agit de la période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas. Le délai d'attente court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

GARANTIE DE BASE : il s'agit de l'ensemble des niveaux hors pack.

RÉGIME DE BASE : régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations (Régime Général de la Sécurité sociale ; Régime des TNS ; Régime des exploitants agricoles : AMEXA ; Régime des salariés agricoles ; Régime des DOM ; Régime des étudiants ; Régime d'Alsace- Moselle ; Régime des fonctionnaires).

Les remboursements incluent la prise en charge du régime de base. Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part de la Sécurité sociale, dans la limite d'un forfait défini par bénéficiaire. Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie ou des packs. Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations. Les garanties des niveaux 1 à 4 s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables".

Frais pris en charge	Aucun délai d'attente				
	Niveau Hospi Seule	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
GARANTIE DE BASE					
HOSPITALISATION MÉDICALE / CHIRURGICALE / À DOMICILE / MATERNITÉ / ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS (définition p. 7)					
• Frais de séjour en secteur conventionné	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Frais de séjour en secteur non conventionné	250 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
• Honoraires en secteur conventionné ou non conventionné	250 % BRSS (limité à 100 % BRSS la 1 ^{ère} année)	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
• Chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné ⁽¹⁾	70 €/jour (limité à 40 €/jour la 1 ^{ère} année)	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour
• Séjour accompagnant d'enfant de moins de 16 ans (maximum 60 jours/an)	40 €/jour	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	40 €/jour
• Forfait hospitalier ⁽²⁾	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER (pris en charge par le régime de base)	150 % BRSS ⁽³⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
FRAIS MÉDICAUX COURANTS					
• Consultations et visites	-	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	-	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Actes d'imagerie et d'échographie	-	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Analyses, auxiliaires médicaux	-	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Transport	150 % BRSS ⁽³⁾	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
PHARMACIE (vignettes blanches et bleues)	-	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
DENTAIRE					
• Soins	-	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Prothèses et orthodontie remboursées par le régime de base	-	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
• Prothèses et orthodontie non prises en charge par le régime de base, parodontie, implantologie	-	100 €/an	200 €/an	250 €/an	300 €/an
• Plafonds dentaires (hors soins)					
- 1 ^{ère} année	-	-	-	500 €/an	600 €/an
- 2 ^e année et suivantes	-	-	-	1 000 €/an	1 200 €/an
OPTIQUE					
• Montures et verres, lentilles prescrites, remboursées ou non prises en charge par le régime de base, y compris lentilles jetables, chirurgie réfractive					
- Montant de base (par bénéficiaire)	-	50 €/an	100 €/an	150 €/an	200 €/an
- Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente	-	75 €/an	150 €/an	225 €/an	300 €/an
- Si aucun remboursement n'est intervenu les 2 années précédentes	-	100 €/an	200 €/an	300 €/an	400 €/an
• Supplément verres progressifs	-	+ 25 €/an	+ 50 €/an	+ 75 €/an	+ 100 €/an
PROTHÈSES MÉDICALES					
• Orthopédie, prothèses médicales et capillaires	-	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Prothèses auditives					
- Montant de base (par bénéficiaire)	-	50 €/an	100 €/an	150 €/an	200 €/an
- Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente	-	75 €/an	150 €/an	225 €/an	300 €/an
- Si aucun remboursement n'est intervenu les 2 années précédentes	-	100 €/an	200 €/an	300 €/an	400 €/an
CURES THERMALES prises en charge par le régime de base					
• Frais d'établissement et honoraires	-	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Frais de transport et hébergement	-	100 €/an	200 €/an	250 €/an	300 €/an
PRÉVENTION					
• Actes remboursés par le régime de base	-	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
SERVICES					
• Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission	Oui (sauf transport)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Assistance Plus (se reporter à la notice Assistance Plus)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
• Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter à la notice Assistance Plus)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
• Protection juridique santé (se reporter à la notice Protection Juridique Santé)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
• MEDECINdirect	-	Oui	Oui	Oui	Oui
PARTICIPATION AUX ACTIONS DE PRÉVENTION SANTÉ*	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

*Ces actions de prévention vous sont proposées grâce aux cotisations d'association. Découvrez toute l'action associative sur www.alptis.org

BRSS (Base de Remboursement Sécurité Sociale) : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. ⁽¹⁾ Durée illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale (hors psychiatrie), limitée à 90 jours par an pour les établissements et unités de soins de suite et de réadaptation, et exclue pour les établissements et unités psychiatriques - ⁽²⁾ Durée illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale et limitée à 90 jours par an en établissements et unités spécialisés (établissements psychiatriques, de soins de suite ou de réadaptation) - ⁽³⁾ Uniquement dans le cadre d'une hospitalisation.

LES PACKS OPTIONNELS (uniquement pour les niveaux 1 à 4)

PACK OPTIQUE / DENTAIRE	
<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses dentaires et orthodontie remboursées ou non prises en charge par le régime de base, parodontie, implantologie - Montant de base (par bénéficiaire) - Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente - Si aucun remboursement n'est intervenu les 2 années précédentes 	<p>100 €/an 150 €/an 200 €/an</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Montures et verres, lentilles prescrites remboursées ou non prises en charge par le régime de base, y compris lentilles jetables, chirurgie réfractive - Montant de base (par bénéficiaire) - Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente - Si aucun remboursement n'est intervenu les 2 années précédentes 	<p>50 €/an 75 €/an 100 €/an</p>

PACK BIEN ÊTRE	
<ul style="list-style-type: none"> • Shiatsu, acupuncteur • Ostéopathe, chiropracteur, étiope, réflexologue • Naturopathe, phytothérapeute • Psychologue, sexologue, psychomotricien, sophrologue • Pédicure-podologue, diététicien, nutritionniste <p>(5 séances par an, par bénéficiaire, toutes spécialités confondues pour les actes non pris en charge par le régime de base)</p>	<p>25 €/séance</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacie et vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base et automédication (antalgiques, traitement des troubles gastro intestinaux, sevrage tabagique) • Pharmacie vignettes orange 	<p>50 % des Frais Réels dans la limite de 50 €/an/bénéficiaire 100% BRSS</p>

PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'association Alptis dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 et l'association Apti dont le siège social est situé 21, rue du Mail - BP4 - 38501 VOIRON CEDEX, associations loi de 1901,
 - d'autre part, Miltis (SIREN n° 417 934 817), dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON, et Mutuelle Humanis Nationale (SIREN n° 339 358 681), dont le siège social est situé 139/147, rue Paul Vaillant-Couturier - 92240 MALAKOFF, mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, ci-après dénommées l'organisme assureur,
- des contrats collectifs à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction, n° MSI 11 CLAREA G13, MSI 11 CLAREA G13-AGR, MSI 11 HOSPI SEULE 13, 2012030S et 2012031S.

Ces contrats sont ouverts aux membres des associations Alptis et Apti. La gestion de ces contrats est déléguée à Alptis Assurances, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Le nom de l'association auprès de laquelle l'adhésion est effectuée, le numéro de contrat, le niveau de garantie et le cas échéant, le ou les pack(s) choisi(s) sont précisés sur votre certificat d'adhésion.

Ces contrats s'inscrivent dans le cadre des dispositifs législatifs des contrats responsables et solidaires.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment le Code de la mutualité.

Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir aux bénéficiaires des prestations le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux qu'ils ont engagés, dans la limite des garanties et du niveau souscrit (cf. Descriptif des prestations).

Ce contrat ne peut pas être souscrit en tant que surcomplémentaire à une assurance complémentaire de frais de santé. Il intervient en complément du régime de base.

ADHÉSION AU CONTRAT

CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhérent et ses ayants droit doivent, pour être assurables au titre du présent contrat :

- être des personnes physiques résidant en France métropolitaine ou dans les DOM (à l'exclusion de Mayotte), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (territoire français) ;
- être âgés de moins de 65 ans (65 ans exclu), au jour de l'adhésion et de moins de 80 ans (80 ans exclu) pour adhérer au(x) pack(s).

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie et le cas échéant le ou les même(s) pack(s) et s'inscrire sur le même dossier.

En cas d'adhésion sur le dossier d'un conjoint de plus de 65 ans et de moins de 75 ans, seuls les niveaux 1 à 3 pourront être souscrits.

Le ou les pack(s) ne peuvent être souscrit(s) seul(s), ni en complément du niveau "Hospi Seule".

Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes de base de la protection sociale française (cf. lexique).

Pour l'adhérent et les bénéficiaires des prestations affiliés au régime Alsace-Moselle, la souscription n'est possible qu'à partir du niveau 3.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

- L'adhérent doit compléter, signer et dater une demande d'adhésion indiquant le niveau de garantie choisi et les éventuels ayants droit à garantir.
- Aucun questionnaire médical n'est exigé.

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'Alptis Assurances de la demande d'adhésion complétée et signée sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1^{ère} cotisation.

DROIT DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent :

- Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'organisme assureur les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, l'organisme assureur les remboursera à l'adhérent dans un délai de 30 (trente) jours.

En cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile :

L'adhérent dispose, dans le cadre du présent contrat, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion). L'adhérent ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

Modalités d'exercice du droit de renonciation :

Le courrier de renonciation devra être envoyé à Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec accusé de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

"Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de l'adhérent), demeurant à ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signée le (date).....".

A..... Le

Signature

PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DÉLAI D'ATTENTE

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de l'inscription au contrat en cas de modification de la situation de la famille.

Aucun délai d'attente ne s'applique sur la garantie de base.

Pour le ou les pack(s), le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion lorsque la souscription intervient simultanément avec la garantie de base.

En cas de souscription ultérieure, un délai d'attente de 6 mois s'applique pour le pack Optique / Dentaire et de 3 mois pour le pack Bien Être, à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion au(x) pack(s).

MODIFICATION DE GARANTIE

Garantie de base

Après un an d'adhésion à la garantie, l'adhérent pourra demander la modification de sa garantie (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur) pour un effet au 1^{er} janvier ou 1^{er} juillet suivant la demande. Les limites d'âge d'accès aux garanties doivent aussi être respectées lors de la modification de la garantie.

- En cas de changement de niveau au sein de la gamme, ou de changement de gamme (adhésion à une autre complémentaire santé Alptis), les prestations de 1^{ère} année s'appliquent.
- En cas de changement de niveau au sein de la gamme, ou de changement de gamme (adhésion à une autre complémentaire santé Alptis), les reports acquis dans l'ancien niveau sont pris en compte pour le calcul des prestations, dans la limite du report prévu par la nouvelle garantie.

Packs

L'adhérent peut demander à ajouter le ou les pack(s), pour un effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande. Les délais d'attente s'appliquent.

L'adhérent peut demander de résilier son ou ses pack(s) pour un effet au 1^{er} janvier qui suit la demande. La souscription et la résiliation des packs sont familiales.

DURÉE DE L'ADHÉSION

La garantie acquise est viagère sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié à un régime de base ou dans les cas définis au paragraphe cessation des garanties. En cours de contrat, aucun bénéficiaire des prestations ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé. L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

GARANTIES

RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base du bénéficiaire des prestations et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par le bénéficiaire des prestations (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations).

Les prestations accordées par l'organisme assureur visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant à l'article "Risques exclus". Les remboursements du poste Dentaire (hors soins) sont plafonnés pour les niveaux 3 et 4.

Pour les niveaux 1 à 4, sont couverts les frais médicaux et l'hospitalisation résultant d'un accident, d'une maladie et de la maternité.

Seule l'hospitalisation résultant d'un accident, d'une maladie et de la maternité est couverte, pour le niveau "Hospi Seule".

Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

Les garanties des niveaux 1 à 4 dites responsables, prennent en charge dans les conditions fixées par l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- les prestations liées aux consultations et prescriptions des médecins consultés dans le cadre du respect du parcours de soins, mentionnées à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale dans les conditions définies au I de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- les prestations liées à la prévention dans les conditions définies au II de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, dont la liste est fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs, à partir de la date d'effet de la garantie) et par bénéficiaire.

BONUS FIDÉLITÉ

Les remboursements des prestations "honoraires hospitalisation" et "chambre particulière" sont majorés sur le niveau "Hospi Seule" après la 1^{ère} année d'adhésion selon les montants et conditions prévues dans le descriptif de prestations. Le nombre d'années est calculé à partir de la date d'effet de la garantie du bénéficiaire des prestations.

REPORT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS NON UTILISÉS POUR LE POSTE OPTIQUE, LES PROTHÈSES AUDITIVES ET POUR LE PACK OPTIQUE / DENTAIRE

Si le montant exprimé en euros n'a pas été utilisé au cours d'une année, calculée à partir de la date d'effet de la garantie ou le cas échéant du Pack Optique/Dentaire du bénéficiaire des prestations, 50 % de ce montant s'ajoute au montant de l'année suivante, dans la limite de 2 années, soit au maximum deux fois la valeur initiale du montant de base.

VERRES PROGRESSIFS

Ce montant est versé en supplément des autres prestations du poste optique sur présentation de la prescription de l'ophtalmologiste et de la facture détaillée de l'opticien. Cette prestation s'applique dans les mêmes conditions aux lentilles progressives.

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS

Le forfait hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. On entend par établissements sanitaires :

- les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique ;
- les établissements et unités spécialisés :
 - psychiatriques,
 - de soins de suite,
 - de réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

Les séjours en établissements ou unités spécialisées sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation.

Pour le forfait journalier, le nombre de jours indemnisés est illimité en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale et **limité à 90 jours par an en établissements et unités spécialisés**. Pour la chambre particulière, le nombre de jours indemnisés est illimité en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale (**hors psychiatrie**), **limité à 90 jours par an pour les établissements et unités de soins de suite et de réadaptation, et exclu pour les établissements et unités psychiatriques**. Pour les séjours accompagnant, le nombre de jours indemnisés est **limité à 60 jours par an**.

Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas pris en charge.

CURES THERMALES

Seules les cures thermales médicalement prescrites et acceptées par le régime de base sont prises en charge.

ACTES DE MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES (OPTION PACK BIEN ÊTRE)

Les actes, non pris en charge par le régime de base, de shiatsu, d'acupuncteur, d'ostéopathe, de chiropracteur, d'étiopathe, de réflexologue, de naturopathe, de phytothérapeute, de psychologue, de sexologue, de psychomotricien, de sophrologue, de pédicure-podologue, de diététicien, et de nutritionniste sont pris en charge dans la limite de 5 séances par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie) et par bénéficiaire selon le montant prévu, toutes spécialités confondues. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'état ou universitaire, d'une formation certifiée par l'École de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline. Pour les spécialités suivantes : psychologie, psychomotricité, pédicure-podologie, diététique, un diplôme d'état est obligatoire.

PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans toute la France dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les caisses de Sécurité sociale, Alptis Assurances délivre des prises en charge.

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées en France métropolitaine, dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**), et dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas deux mois par an. Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France. Le niveau des remboursements est défini dans le poste "Soins et prestations inopinés à l'étranger" du descriptif des prestations. Les règlements sont effectués en France et en euros.

RISQUES EXCLUS

Ne sont pas pris en charge les frais qui sont la conséquence de :

- la guerre civile et étrangère ;
- la désintégration du noyau atomique ;
- les faits volontaires du bénéficiaire des prestations, y compris la mutilation volontaire et la tentative de suicide ;
- l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.

De plus, ne sont pas pris en charge :

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements, sauf si l'adhésion fait suite à une couverture antérieure, sans interruption entre les deux contrats ;
- les séjours et frais relatifs aux établissements médico-sociaux : établissements pour personnes handicapées (instituts ou centres médico-psychopédagogiques, instituts médico-éducatifs, maisons d'accueil spécialisées, institut médico-professionnel, foyer d'accueil médicalisé, service d'accueil médico-social pour adulte handicapé...), établissements pour personnes âgées (maison de retraite, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, service de soins infirmiers à domicile...), les CCAA, ACT, CAARUD, LHSS... ;
- les séjours en maisons d'enfants ;
- les frais relatifs aux établissements de longs séjours ;
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de l'organisme assureur indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du régime de base du bénéficiaire des prestations ;
- les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

Les garanties des niveaux 1 à 4 dites responsables ne couvrent pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

I. la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 322-2-III du Code de la Sécurité sociale ;

II. les pénalités résultant du non respect du parcours de soins :

- la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

III. tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Enfin, en tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

LIMITE DES PRESTATIONS

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

MEDECINdirect GÉNÉRALITÉS

Conformément à la convention de partenariat passée entre l'organisme assureur et MEDECINdirect (SAS au capital de 52 800 €, dont le siège social est situé 1, chemin de Saulxier - 91160 LONJUMEAU - RCS Evry n° 508 346 673), le service MEDECINdirect permet aux bénéficiaires des prestations des niveaux 1 à 4 du contrat CLAREA d'être mis en relation directe avec des médecins généralistes et spécialistes régulièrement inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins.

MEDECINdirect permet de bénéficier d'informations et d'orientations à 3 niveaux :

La pré-consultation

MEDECINdirect intervient en amont de la consultation pour préparer avec le bénéficiaire l'entretien et lui permettre de poser les bonnes questions.

La post-consultation

MEDECINdirect apporte une information personnalisée, conforte la consultation initiale et aide à la bonne compréhension du traitement.

MEDECINdirect apporte également un soutien après une intervention.

L'information de médecine générale ou spécialisée

MEDECINdirect :

- apporte un éclairage médical sur un symptôme, un diagnostic, un traitement ;
- permet une orientation, un conseil adéquat et éventuellement un accompagnement dans la gestion des problèmes de santé ;
- garantit des réponses fiables et vérifiées ;
- informe sur des sujets d'actualités, des conduites à tenir, des choix à faire.

FONCTIONNEMENT

Le service MEDECINdirect est accessible par les bénéficiaires, **trois heures par an** à compter de la prise d'effet de la garantie de base (délivrance du certificat d'adhésion) via Internet à l'adresse www.medicindirect.fr ou par téléphone au 0 821 01 10 30. Ce service est accessible 24h/24h et 7j/7. L'accès au service prend fin en cas de cessation de la garantie de base.

RESPONSABILITÉ

Les obligations de MEDECINdirect sont des obligations de moyens. La responsabilité de MEDECINdirect ne saurait être recherchée pour les conséquences qui pourraient découler des services rendus. Aucune responsabilité ne pourra être retenue à l'encontre de MEDECINdirect en cas de retards dans l'exécution du service, d'utilisation ou d'usage abusif des informations contenues sur le site Internet par tout tiers, y compris par les bénéficiaires.

En aucun cas, Alptis Assurances et l'organisme assureur ne pourront être tenus pour responsable des conséquences de l'utilisation du service.

CONFIDENTIALITÉ - SECRET MÉDICAL

MEDECINdirect ainsi que tous les collaborateurs sont tenus au respect du secret médical et de la législation afférente aux traitements de données personnelles. MEDECINdirect garantit la confidentialité des emails échangés. Les informations sont transmises au médecin sous protocole sécurisé et enregistrées dans une banque de données protégée confidentielle et soumise au secret médical.

COTISATIONS

MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation de la garantie de base est fonction du niveau de garanti choisi, du régime de base, du département de résidence principale, du nombre d'ayants droit de l'adhérent et de l'âge des bénéficiaires des prestations.

L'âge retenu est calculé par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance du bénéficiaire des prestations ; ensuite la cotisation évolue notamment en fonction de l'âge successivement atteint chaque année.

La cotisation des packs "Optique/dentaire" et "Bien-être" est forfaitaire.

A CES COTISATIONS S'AJOUTENT

- La cotisation d'adhésion à l'association de **1,55 €** par mois et par dossier (qu'il y ait une ou plusieurs personnes bénéficiaires des prestations).
- Le droit d'entrée de **11 €** pour la constitution du dossier (cette somme est perçue une fois pour toutes lors de l'adhésion).

RÉDUCTIONS TARIFAIRES

Des réductions tarifaires peuvent s'appliquer en fonction de la composition de la famille assurée (couple, nombre des enfants de moins de 20 ans) et en cas de souscription de l'option Tiers Payant à l'usage.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

AIDE À L'ACQUISITION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (CRÉDIT D'IMPÔT)

Les garanties des niveaux 1 à 4 peuvent permettre aux adhérents qui remplissent les conditions afférentes, de bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, prévue à l'article L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale (droit à déduction sur les cotisations de protection complémentaire santé). Pour tout renseignement, contacter l'organisme gérant votre régime de base.

LOI MADELIN (uniquement pour les niveaux 1 à 4)

Les travailleurs non salariés, non agricoles en activité peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale de leurs cotisations pour le présent contrat, s'ils remplissent les conditions prévues par cette loi.

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L.221-6 du Code de la mutualité ;
- en cas de décès du bénéficiaire des prestations ;
- en cas de résiliation par l'adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée, avec un préavis de 2 mois (avant le premier novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre) ;
- en cas de démission par l'adhérent de l'association : celle-ci s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues ci-dessus en cas de résiliation par l'adhérent ;
- en cas de non paiement des cotisations : à défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, Alptis Assurances adressera à l'adhérent par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner son exclusion à l'expiration d'un délai de quarante jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-8 II du Code de la mutualité. Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

Les conditions de radiation d'un ayant droit sont identiques aux conditions de résiliation d'un adhérent.

La résiliation de la garantie de base entraîne la résiliation des packs.

DEMANDES DE REMBOURSEMENTS

Télétransmission (uniquement pour les niveaux 1 à 4)

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, Alptis Assurances pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base. Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention "nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire" figure sur le décompte de votre régime de base. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les bénéficiaires des prestations inscrits.

Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les bénéficiaires des prestations doivent adresser à Alptis Assurances les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique...), le bénéficiaire des prestations doit envoyer à Alptis Assurances les factures originales et acquittées pour les actes non pris en charge par le régime de base.

Dans tous les cas, l'organisme assureur peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires. **Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations. Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de cessation des soins.** La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

Tiers payant

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements et les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 322-1 du Code de la Sécurité sociale. Le tiers payant pharmacie et hospitalisation est disponible dans tous les départements, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin et selon accords passés avec les praticiens pour les autres prestations, et ce dans la limite du ticket modérateur (sauf pour l'optique).

Option Tiers Payant à l'usage (uniquement pour les niveaux 1 à 4)

En cas de souscription de l'option Tiers Payant à l'usage, Alptis Assurances prélève des frais de fonctionnement en cas d'usage du tiers payant, à hauteur de 2 euros par facture, pour les spécialités ouvertes au tiers payant (**hors hospitalisation**).

L'adhérent pourra demander la mise en place de l'option Tiers Payant à l'usage en cours de contrat, pour un effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande. La souscription de l'option Tiers Payant à l'usage est familiale. L'adhérent pourra demander la suppression de l'option Tiers Payant à l'usage, pour un effet au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet qui suit la demande. Si plusieurs de ces actes sont rattachés à une même facture, les frais de fonctionnement du tiers payant ne seront appliqués qu'une seule fois. Si le bénéficiaire des prestations n'utilise pas son tiers payant, les frais ne lui sont pas appliqués et il doit faire parvenir à Alptis Assurances l'original du relevé de remboursement délivré par son régime de base.

Les frais de fonctionnement du tiers payant sont dus par l'adhérent à Alptis Assurances et retenus sur le paiement des remboursements ultérieurs.

Le montant des frais de fonctionnement du tiers payant est indiqué sur les relevés de prestations.

Niveau Hospi Seule

Dans le cadre du niveau Hospi Seule, les remboursements sont soumis à la production :

- du décompte du régime de base,
- des factures originales et acquittées pour les actes non pris en charge par le régime de base.

VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Outre l'évolution en fonction de l'âge, les cotisations sont indexées au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution de la consommation médicale totale (CMT) nationale, et des résultats du contrat. De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale.

CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

L'adhérent doit informer Alptis Assurances par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations :

- d'un changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d'un changement du département de résidence : les modifications tarifaires éventuelles liées au changement du département de résidence, prennent effet au premier janvier suivant ;
- d'un changement du régime de base ;
- d'un changement de profession.

DISPOSITIONS DIVERSES

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies par Alptis Assurances sont nécessaires à l'appréciation de la demande d'adhésion et font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de la gestion de votre adhésion au contrat. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales. Certaines de ces données seront transmises à l'association souscriptrice, à l'organisme assureur et à nos partenaires appelés à connaître de l'adhésion en raison de sa gestion.

Alptis Assurances prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent; vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas, 69445 LYON CEDEX 03 ou contact-cnil@alptis.fr.

Alptis Assurances se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des organismes assureurs et d'Alptis Assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance (article L. 431-1 du code de la mutualité).

DÉLAI DE PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité.

Article L. 221-11 du Code de la mutualité :

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (...).

Article L. 221-12 du Code de la mutualité :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit notamment de la demande en justice, même en référé, de la reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, et de l'acte d'exécution forcée.

Article L. 221-12-1 du Code de la mutualité :

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations servent de base à l'adhésion. **En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 221-14 (nullité du contrat) et L. 221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité.**

SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'organisme assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au bénéficiaire.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent est invité à formuler d'abord sa réclamation au Service Client d'Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas - 69003 LYON ou à l'adresse suivante : serviceclient@alptis.fr en précisant son numéro d'adhérent. Alptis Assurances en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf si elle a pu lui apporter une réponse avant) et traitera la réclamation dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

Si la réponse apportée ne convient pas, l'adhérent peut adresser une nouvelle réclamation auprès de l'organisme assureur qui communiquera, si la position est maintenue, les coordonnées d'un médiateur indépendant.



Alptis Assurances

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Email : gestion@alptis.fr • Internet : www.alptis.org

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - N° TVA : FR37335244489

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

Mutuelle Humanis Nationale

139/147, rue Paul Vaillant Couturier - 92240 MALAKOFF

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 339 358 681)

Miltis

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)