

Notice d'information contractuelle

Sublima®

[sans questionnaire médical]

L'ADHÉSION

Toute personne âgée de 60 ans au moins :

- sans limite d'âge pour SUBLIMA 1
- de moins de 80 ans pour SUBLIMA 2, 3 et 4

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 SUBLIMA G14, MSI 11 SUBLIMA G14 AGR et SUBLIMA 14, souscrits par les associations Alptis Seniors et Apti auprès des mutuelles Miltis et Micils, mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Sommaire

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

LEXIQUE

ADHÉRENT

Personne physique membre de l'Association et qui adhère au présent contrat collectif. Un enfant mineur sans activité professionnelle ne peut être adhérent.

BÉNÉFICIAIRE 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.

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 du régime de base, dans la limite d'un forfait défini par le bénéficiaire des prestations. Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par année d'adhésion, soit par périodes 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 du présent contrat 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			
GARANTIE DE BASE	SUBLIMA 1	SUBLIMA 2	SUBLIMA 3	SUBLIMA 4
HOSPITALISATION MÉDICALE / CHIRURGICALE / À DOMICILE / ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS (définition p. 6)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Frais de séjour en secteur conventionné	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS (limité à 150 % BRSS la 1 ^{ère} année)	250 % BRSS (limité à 150 % BRSS la 1 ^{ère} année)
• Frais de séjour en secteur non conventionné	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS (limité à 150 % BRSS la 1 ^{ère} année)	250 % BRSS (limité à 150 % BRSS la 1 ^{ère} année)
• Honoraires en secteur conventionné ou non conventionné	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS (limité à 150 % BRSS la 1 ^{ère} année)	250 % BRSS (limité à 150 % BRSS la 1 ^{ère} année)
• Chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné ⁽¹⁾	30 €/jour	45 €/jour	60 €/jour	75 €/jour
• Séjour accompagnant (maximum 30 jours par an)	10 €/jour	15 €/jour	20 €/jour	25 €/jour
• Forfait hospitalier ⁽²⁾	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
FRAIS MÉDICAUX COURANTS				
• Consultations et visites	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Consultations et visites psychiatres, neuropsychiatres et neurologues (3 consultations par an et par bénéficiaire des prestations, si hors parcours de soins coordonné)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Actes d'imagerie et d'échographie	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Analyses, auxiliaires médicaux, transports	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
PHARMACIE (vignettes blanches et bleues)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
DENTAIRE				
• Soins	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Prothèses et orthodontie remboursées par le régime de base	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Prothèses et orthodontie non prises en charge par le régime de base, parodontie et implantologie	-	125 €/an	150 €/an	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 des prestations)	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
PROTHÈSES MÉDICALES				
• Orthopédie, prothèses médicales et capillaires	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Prothèses auditives				
- Montant de base (par bénéficiaire des prestations)	100 €/an	125 €/an	150 €/an	200 €/an
- Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente	150 €/an	187,50 €/an	225 €/an	300 €/an
- Si aucun remboursement n'est intervenu les 2 années précédentes	200 €/an	250 €/an	300 €/an	400 €/an
CURES THERMALES prises en charge par le régime de base				
• Frais d'établissement et honoraires	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Frais de transport et hébergement	100 €/an	125 €/an	150 €/an	200 €/an
PRÉVENTION				
• Actes remboursés par le régime de base	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Ostéodensitométrie non prise en charge par le régime de base	30 €/an	40 €/an	50 €/an	60 €/an
SERVICES				
• Tiers payant (remboursements automatisés - télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Assistance Plus (se reporter à la notice Assistance Plus)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Protection juridique santé (se reporter à la notice Protection Juridique Santé)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter à la notice Assistance Plus)	Oui	Oui	Oui	Oui
PARTICIPATION AUX ACTIONS DE PRÉVENTION SANTÉ*	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. **Exclue en établissements et unités spécialisés.**

⁽²⁾ Durée illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale et **limitée en établissements de soins spécialisés à 30 jours sur SUBLIMA 1, 60 jours sur SUBLIMA 2 et 90 jours sur SUBLIMA 3 et 4.**

LES PACKS OPTIONNELS

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 des prestations) - 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 des prestations) - 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/an, par bénéficiaire des prestations, 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 € par an et par bénéficiaire des prestations 100% BRSS</p>

PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part : l'association Alptis Seniors 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 régies par la loi de 1901 ;
 - et d'autre part : Miltis, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817), dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON, et Micils, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 302 927 553), dont le siège social est situé 38, rue François Peissel - 69003 CALUIRE ET CUIRE , ci-après dénommées l'organisme assureur ;
- des contrats collectifs à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction, n° MSI 11 SUBLIMA G14, MSI 11 SUBLIMA G14 AGR et SUBLIMA 14.

Ces contrats sont ouverts aux membres des associations Alptis Seniors et Apti. La distribution et 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 nom de la mutuelle qui assure vos garanties, le n° du contrat, le niveau de garantie et le cas échéant, le ou les pack(s) choisi(s) sont précisés sur votre certificat d'adhésion.

Les 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 par 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

Pour être assurables au titre du présent contrat, l'adhérent et ses ayants droit doivent être des personnes physiques 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**).

L'adhérent doit être âgé **de 60 ans au moins** au jour de l'adhésion.

Pour SUBLIMA 1, il n'y a pas de limite d'âge supplémentaire à l'adhésion.

Pour SUBLIMA 2, 3 et 4 ainsi que pour les packs, l'adhérent doit être âgé de moins de 80 ans (**80 ans exclu**).

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

Le ou les pack(s) ne peuvent être souscrits seuls.

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

Toutefois, pour les bénéficiaires des prestations affiliés au régime Alsace-Moselle, l'adhésion n'est possible qu'à partir de SUBLIMA 2.

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 àai 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 les packs :

- le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion lorsque la souscription du ou des packs 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.

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.

Pour l'ensemble des garanties

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 et les éventuels plafonds dentaires 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.

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 (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". Sont couverts les frais médicaux et l'hospitalisation résultant d'un accident, d'une maladie et de la maternité.

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

Le présent contrat dit responsable, prend 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 des prestations.

BONUS FIDÉLITÉ

Les remboursements des prestations "honoraires hospitalisation" en secteur conventionné ou non et "frais de séjours" en secteur non conventionné sont majorés sur SUBLIMA 3 et 4, 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, 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.

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS 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 :
 - psychiatrique,
 - soins de suite
 - 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 spécialisés 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 ou médicale. Il est **limité à 30 jours sur SUBLIMA 1, 60 jours sur SUBLIMA 2, 90 jours sur SUBLIMA 3 et 4 en établissements et unités spécialisés.**

Pour la chambre particulière, le nombre de jours indemnisés est illimité en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale. **La chambre particulière est exclue en établissements et unités spécialisés.**

La prise en charge des frais de séjour n'est pas limitée.

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 prises en charge par le régime de base sont remboursées.

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 (y compris Corse, **hors Monaco**), 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 de 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 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 du présent contrat dit responsable 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 du bénéficiaire des prestations 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'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

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 **2,30 €** 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 couverte (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)

Le présent contrat peut 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

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 collectif, 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, adressée au siège d'Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, 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

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 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, sous peine de déchéance.** 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.

Option Tiers Payant à l'usage

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.

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 de 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 de l'organisme assureur 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), 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 des prestations.

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.

UNE ASSURANCE QUI CONSTRUIT SES GARANTIES AVEC SES ADHÉRENTS

Ça donne du sens !

La dimension associative d'Alptis, née en 1976 grâce à la volonté d'une poignée de travailleurs indépendants, place les adhérents au cœur d'un mouvement singulier, basé sur une idée simple : **on ne spécule pas sur la santé.**

Depuis sa création, Alptis n'a cessé de se développer, partout en France (métropole et DOM), en gardant toujours la même ambition : **défendre l'intérêt de ses assurés-adhérents.**

Soyez les bienvenus dans votre association.

Les services 100 % pratiques d'Alptis

Votre espace adhérent : adherent.alptis.org

24h/24, l'accès à votre dossier en ligne, mais aussi à toute l'actualité de votre association.

Mon Alptis Mobile

Accessible sur l'App Store et Google Play, l'appli mobile d'Alptis et tous ses services e-santé.

La chaîne Alptis sur YouTube

Des vidéos pédagogiques sur la prévention, l'actualité, les produits et services.



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 : FR3733524489

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

Micils

38, rue François Peissel - 69300 CALUIRE ET CUIRE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 302 927 553)

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)