Alptis

100% SANTÉ

Notice d'information

SANTÉ SELECT R

[sans questionnaire médical]

Le présent document constitue la notice d'information, prévue par l'article L. 141-4 du Code des assurances et 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 SELECT**, **200.01.01 SAN, SELECT R**, **SELECT R-AGR** et **A716Q**, souscrits par les associations Alptis, Apti et Alptis Seniors auprès de Miltis, Groupe Smiso Mutuelle des Cadres, Apicil Mutuelle régies par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité et CNP Assurances régie par les dispositions du Code des assurances.

Réf : SANTE SELECT R

Il a été conclu des contrats collectifs à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction, n° MSI 11 SELECT, 200.01.01 SAN, SELECT R, SELECT R-AGR et A716Q entre :

- d'une part les associations :
  - Alptis dont le siège social est situé 25 cours Albert Thomas 69445 Lyon cedex 03,
  - Apti dont le siège social est situé 21 rue du Mail - BP 4 - 38501 Voiron cedex,
  - Alptis Seniors dont le siège social est situé 25 cours Albert Thomas 69445 Lyon cedex 03 ;
- et d'autre part les organismes assureurs suivants :
  - 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,
  - Groupe Smiso Mutuelle des Cadres, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 324 310 614), dont le siège social est situé 95 rue de Jemmapes 59800 Lille CEDEX,
  - Apicil Mutuelle dont le siège social est situé 51 boulevard Vivier Merle 69003 Lyon - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 302 927 553),
  - CNP Assurances dont le siège social est situé au 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux - 341 737 062 RCS Nanterre - Entreprise régie par le Code des assurances.

Ces contrats sont ouverts aux membres des associations Alptis, Apti et Alptis Seniors.

La distribution et la gestion de ces contrats sont déléguées 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 l'organisme assureur qui assure vos garanties, le n° du contrat, le niveau de garantie et le cas échéant, le ou les renfort(s) optionnel(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 des assurances ou le Code de la mutualité. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS*) 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 sauf pour l'optique où les forfaits en euros intègrent l'éventuelle part du régime de base. Les garanties intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie ou des Renforts optionnels.
Toutefois :
- **pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de 2 (deux) ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, sauf dérogations prévues dans la Notice d'information (§4•3•1•1) ;**
- **pour les aides auditives les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive ;**
- **pour les cures thermales les prestations sont allouées par bénéficiaire et par année civile (du 1er janvier au 31 décembre) ;**
- **pour la location courte durée des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) les prestations sont limitées à 6 (six) mois consécutifs de facturation par année glissante, soit par période de 12 (douze) mois consécutifs, commençant un jour d'une année N et se finit ce même jour de l'année N+1, sauf dérogations prévues au sein de la Notice d'information (§4.5).**

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restants à la charge du bénéficiaire des prestations.
Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables" et ses textes règlementaires. De ce fait, le remboursement minimum ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Garanties de base	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7	Niveau 8
COUVERTURE HOSPITALISATION								
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale, à domicile, maternité, établissements et unités spécialisés								
Séjour								
Frais de séjour - En secteur conventionné - En secteur non conventionné	Frais Réels 100 % BRSS	Frais Réels 125 % BRSS	Frais Réels 150 % BRSS	Frais Réels 200 % BRSS	Frais Réels 250 % BRSS	Frais Réels 300 % BRSS	Frais Réels 350 % BRSS	Frais Réels 400 % BRSS
Chambre particulière (exclue en psychiatrie) - En cas d'hospitalisation (dont ambulatoire) médicale, chirurgicale, maternité **(exclue en établissement et unités spécialisés) (1)** (forfait par jour) - En cas de soins de suite et de réadaptation **dans la limite de 30 jours** (forfait par jour)	– –	30 euros 15 euros	45 euros 20 euros	60 euros 25 euros	75 euros 30 euros	90 euros 35 euros	100 euros 40 euros	110 euros 45 euros
Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Séjour accompagnant (forfait par jour)	–	15 euros	20 euros	25 euros	30 euros	35 euros	40 euros	45 euros
Honoraires								
- Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé **BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire (§5)** - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS – 100 % BRSS	125 % BRSS + 25 % BRSS 105 % BRSS	150 % BRSS + 25 % BRSS 130 % BRSS	200 % BRSS + 25 % BRSS 155 % BRSS	250 % BRSS + 25 % BRSS 200 % BRSS	300 % BRSS + 25 % BRSS 200 % BRSS	350 % BRSS + 25 % BRSS 200 % BRSS	400 % BRSS + 25 % BRSS 200 % BRSS
Services d'assistance en cas d'hospitalisation Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par votre service d'assistance	Prestations de services **dans la limite de 500 euros par année d'adhésion, dans les conditions fixées par la Notice d'information ASI**							
COUVERTURE SOINS COURANTS								
SOINS COURANTS								
Honoraires								
Honoraires médicaux (pris en charge par le régime de base) (médecins généralistes et spécialistes) Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes d'imagerie et d'échographie pris en charge par le régime de base - Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé **BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire (§5)** - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS – 100 % BRSS	125 % BRSS + 25 % BRSS 105 % BRSS	150 % BRSS + 25 % BRSS 130 % BRSS	200 % BRSS + 25 % BRSS 155 % BRSS	250 % BRSS + 25 % BRSS 200 % BRSS	300 % BRSS + 25 % BRSS 200 % BRSS	350 % BRSS + 25 % BRSS 200 % BRSS	400 % BRSS + 25 % BRSS 200 % BRSS
Honoraires paramédicaux (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	400 % BRSS
Analyses et examens de laboratoire (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	400 % BRSS
Soins inopinés à l'étranger (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS

Descriptif des prestations et Dispositions spécifiques

SANTÉ SELECT R

Alptis

Garanties de base	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7	Niveau 8
Autres soins courants								
Dispositif Mon soutien psy Séances d'accompagnement psychologique prescrites et réalisées auprès de psychologues conventionnés avec l'Assurance Maladie dont la liste est consultable sur https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue	100 % BRSS (dans la limite du nombre de séances annuelles fixé par le dispositif)							
Cure thermale prise en charge par le régime de base - Honoraires médicaux - Frais d'établissement - Transport et hébergement (pris en charge ou non pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS + 50 euros (par année civile)	100 % BRSS + 75 euros (par année civile)	100 % BRSS + 100 euros (par année civile)	100 % BRSS + 150 euros (par année civile)	100 % BRSS + 200 euros (par année civile)	100 % BRSS + 250 euros (par année civile)	100 % BRSS + 350 euros (par année civile)
Transport (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	275 % BRSS	300 % BRSS
Matériel médical (2) (pris en charge par le régime de base) Appareillage et prothèses médicales **(hors aides auditives, optique, VPH et prothèses capillaires)**	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	275 % BRSS	300 % BRSS
Véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH)								
100% SANTÉ **Équipements 100 % Santé** VPH Location courte durée **(3)** **(dans la limite d'une prise en charge de 6 mois de facturation consécutifs par année glissante)**	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Équipements autres que 100 % Santé - VPH Achat neuf et Location Longue Durée prescrits et pris en charge par le régime de base - Autres prestations liées aux VPH	Frais Réels 100 % BRSS	Frais Réels 100 % BRSS	Frais Réels 125 % BRSS	Frais Réels 150 % BRSS	Frais Réels 200 % BRSS	Frais Réels 250 % BRSS	Frais Réels 275 % BRSS	Frais Réels 300 % BRSS
Prothèses capillaires								
100% SANTÉ **Équipements 100 % Santé** Prothèses capillaires Classe II **(3)**	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Équipements autres que 100 % Santé - Prothèses capillaires Classe I prescrites et prises en charge par le régime de base - Prothèses capillaires Classe III **(3)** et Classe IV	Frais Réels 100 % BRSS	Frais Réels 100 % BRSS	Frais Réels 125 % BRSS	Frais Réels 150 % BRSS	Frais Réels 200 % BRSS	Frais Réels 250 % BRSS	Frais Réels 275 % BRSS	Frais Réels 300 % BRSS
Médicaments prescrits (pris en charge par le régime de base à 15 %, 30 % et 65 %)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Médicaments et Vaccins prescrits (non pris en charge par le régime de base) **(par année d'adhésion)**	-	-	25 euros	30 euros	35 euros	40 euros	45 euros	50 euros
COUVERTURE FRAIS DE SANTÉ								
OPTIQUE								
Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixtes (4) dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans (tous les ans) ou en cas d'évolution de la vue								
100% SANTÉ **Équipements 100 % Santé :** **Verres et Montures de Classe A** **Suppléments et prestations (5) (6)**	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Équipements autre que 100 % Santé : **Verres et Montures de Classe B (7)** Équipement à Verres simples **(8)** Équipement à Verres complexes **(9)** Équipement à Verres très complexes **(10)** Équipement à Verre simple + Verre complexe Équipement à Verre simple + Verre très complexe Équipement à Verre complexe + Verre très complexe	 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS	 50 euros 200 euros 200 euros 125 euros 125 euros 200 euros	 150 euros 250 euros 275 euros 200 euros 225 euros 265 euros	 175 euros 275 euros 320 euros 225 euros 250 euros 300 euros	 200 euros 300 euros 350 euros 250 euros 275 euros 325 euros	 250 euros 400 euros 450 euros 325 euros 350 euros 425 euros	 300 euros 450 euros 500 euros 375 euros 400 euros 475 euros	 350 euros 550 euros 650 euros 450 euros 500 euros 600 euros
Suppléments et prestations	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Lentilles prescrites (prises ou non prises en charge par le régime de base) , y compris lentilles jetables **(par année d'adhésion)**	100 % BRSS	100 euros	125 euros	150 euros	175 euros	200 euros	225 euros	250 euros
Chirurgie réfractive (remboursement par œil, par année d'adhésion) (11)	-	125 euros	150 euros	175 euros	200 euros	250 euros	300 euros	350 euros

Descriptif des prestations et Dispositions spécifiques

SANTÉ SELECT R

Alptis

Garanties de base	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7	Niveau 8
DENTAIRE								
100% SANTÉ **Soins et prothèses du panier 100 % Santé (12)**	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Soins (dont inlays, onlays, scellement des sillons) (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	400 % BRSS	400 % BRSS
Inlay-core (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	400 % BRSS	400 % BRSS
Prothèses et orthodontie (prises en charge par le régime de base)	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	400 % BRSS	400 % BRSS
Prothèses, parodontologie, implantologie, orthodontie, non prises en charge par le régime de base **(par année d'adhésion)**	–	100 euros	150 euros	200 euros	250 euros	300 euros	350 euros	400 euros
AIDES AUDITIVES (13) (dans la limite d'un équipement tous les 4 ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive)								
100% SANTÉ **Équipements 100 % Santé Aide auditive de Classe I (14)**	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Équipements autres que 100 % Santé Aide auditive de classe II	100 % BRSS	100 % BRSS + 100 euros	100 % BRSS + 200 euros	100 % BRSS + 300 euros	100 % BRSS + 400 euros	100 % BRSS + 500 euros	100 % BRSS + 600 euros	100 % BRSS + 700 euros
Autres prestations liées aux aides auditives (piles, entretien…) **(par année d'adhésion pour la garantie exprimée en euros)**	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS + 5 euros	100 % BRSS + 10 euros	100 % BRSS + 15 euros	100 % BRSS + 20 euros	100 % BRSS + 25 euros	100 % BRSS + 30 euros
MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE ET PRÉVENTION								
Consultation en médecine complémentaire (dans la limite de 4 séances par année d'adhésion) : ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, psychomotricien, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, shiatsu, réflexologue, naturopathe, phytothérapeute, ergothérapeute, psychologue, sexologue, sophrologue, hypnothérapeute	–	25 euros par séance	30 euros par séance	35 euros par séance	40 euros par séance	45 euros par séance	50 euros par séance	55 euros par séance
BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire (§5)	–	+ 5 euros + 1 séance	+ 5 euros + 1 séance	+ 5 euros + 1 séance	+ 5 euros + 1 séance	+ 5 euros + 1 séance	+ 5 euros + 1 séance	+ 5 euros + 1 séance
Spécialité homéopathique, d'huiles essentielles, de phytothérapie, de gemmothérapie, achetés en officine **(par année d'adhésion)**	–	–	25 euros	30 euros	35 euros	40 euros	45 euros	50 euros
BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire (§5)	–	–	+ 5 euros	+ 5 euros	+ 5 euros	+ 5 euros	+ 5 euros	+ 5 euros
Actes de prévention (15) (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Sport sur prescription médicale (par bénéficiaire atteint d'une affection de longue durée et par année d'adhésion)	–	–	–	20 euros	20 euros	30 euros	50 euros	60 euros
SERVICES								
Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance Santé Individuelle (se reporter à la Notice ASI)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Téléconsultation (se reporter à la Notice ASI)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Protection Juridique Santé (se reporter à la Notice PJS)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter à la Notice ASI)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Ateliers de prévention Santé Durable**	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

***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.

**Ces ateliers gratuits sont financés grâce à la cotisation d'association associée à votre contrat. Retrouvez les ateliers et des informations sur la Santé Durable sur Cap Santé Durable (https://cap-sante-durable.org/).

(1) Durée illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale. **Exclue en établissements et unités spécialisés**.

(2) Dispositifs médicaux au sens de l'article L. 5211-1 du Code de la Santé publique, et les produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

(3) La prise en charge est **limitée aux prix limites de vente (PLV).**

(4) Équipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).

(5) Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des équipements de classe A avec prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, **dans la limite des prix limites de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.**

(6) Prix limite de vente de la monture en classe A : 30 euros.

(7) La prise en charge de la monture de classe B au sein de l'équipement sera au maximum de 100 euros.

(8) Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6.
(9) Verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ou dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +6, verres unifocaux dont la sphère est inférieure à -6 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -4 et +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ; verres multifocaux ou progressifs sphérocylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.
(10) Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4 à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre - 8 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à -8 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +8.
(11) La consommation d'un équipement optique ou de lentilles dans l'année exclut tout remboursement au titre de la chirurgie réfractive.
(12) Tels que définis réglementairement sans reste à charge. Cette garantie comprend la prise en charge des prestations dentaires définies par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale **dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention telle que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale, ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162 14-2 du Code la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.**
(13) La prise en charge de l'aide auditive est limitée au prix limite de vente pour une aide auditive de classe I, ou à compter du 01/01/2021 à 1 700 euros pour une aide auditive de classe II.
(14) Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe I à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, **dans la limite des prix limites de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.**
(15) Tels que définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

Retrouvez toutes les informations complémentaires sur votre espace adhérent.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

LES PRÉSENTES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES PRÉVALENT SUR LES CONDITIONS GÉNÉRALES.

1• CONDITIONS D'ADHÉSION PARTICULIÈRES, OUTRE CELLES PRÉVUES AUX CONDITIONS GÉNÉRALES

Accès au contrat
L'adhésion au présent contrat est ouverte aux personnes âgées d'au moins 60 ans ou aux personnes ayant le statut de travailleur non salarié ou aux présidents de SAS/SASU.

Limites d'âge
L'adhérent et ses ayants droit doivent être âgés au jour de l'adhésion de moins de :
• 70 ans **(70 ans exclu)** pour adhérer aux niveaux 7 et 8,
• 80 ans **(80 ans exclu)** pour adhérer au niveau 6.

Alsace-Moselle
Pour les bénéficiaires affiliés au régime Alsace-Moselle, l'adhésion est possible à partir du niveau 2.

Modularité
L'écart maximal entre le poste de garantie associé au plus bas niveau choisi et le poste de garantie associé au plus haut niveau choisi est de 2 niveaux au maximum.

2• MODALITÉS D'ÉVOLUTION DE LA COTISATION EN FONCTION DE L'ÂGE

Outre les évolutions prévues au sein des Conditions Générales, la cotisation de la garantie de base évolue contractuellement au 1er janvier de chaque année en fonction de l'âge successivement atteint de :
• 2% de 20 ans jusqu'à l'âge de 60 ans,
• 3% à partir de 61 ans.

Cas particulier des enfants entre 0 et 18 ans
Il n'y a pas d'évolution entre 0 et 18 ans. Au 1er janvier de l'année de ses 19 ans, l'enfant se verra appliquer une cotisation adulte.

L'âge retenu est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance du bénéficiaire des prestations.

3• DÉLAIS D'ATTENTE

Aucun délai d'attente ne s'applique.

4• GARANTIES

4•1 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE (MONTURE + VERRES)

4•1•1 Précisions sur le fonctionnement des actes remboursés
Le descriptif de prestations distingue les équipements de la classe A relevant du panier 100% Santé et les équipements de la classe B hors panier 100% Santé.

Conformément à la réforme dite "100 % Santé", les équipements appartenant à la classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée. En conséquence, une fois le remboursement effectué par le régime de base et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire, dans la limite des Prix Limites de Vente, aucun reste à charge ne sera supporté par l'assuré.
Les équipements de classe B bénéficient d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux "contrats responsables" et conformément au niveau de garantie souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'assuré.
Lorsque l'assuré choisit une monture de classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 (cent) euros.

Cas particulier pour les équipements mixtes
Les équipements mixtes sont composés d'une part, de verres, et d'autre part d'une monture, de classes différentes (classe A ou B).
Les montants hors panier 100 % Santé mentionnés au sein du descriptif de prestations s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture et des verres appartenant à des classes différentes. Dans ces hypothèses, l'élément de classe B sera remboursé conformément au niveau de garantie souscrit, déduction faite du remboursement de l'élément de classe A.

4•1•1•1 Conditions de renouvellement
Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable et par période de 2 (deux) ans pour les assurés âgés de plus de 16 ans, que l'acte relève du panier 100% Santé ou hors panier 100% Santé. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).
Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique peut être pris en charge s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.
Les prestations s'appliquent par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
Dans les autres cas, les prestations s'appliquent par période annuelle.

4•1•1•2 Conditions de renouvellement anticipé
Les prestations sont allouées par période annuelle pour les personnes d'au moins 16 ans en cas de renouvellement complet de l'équipement justifié par une évolution de la vue. L'évolution de la vue est constatée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale, qui sera comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance en application de l'article D. 4362-12-1 du Code de la Santé publique.
L'évolution de la vue est caractérisée par l'une des situations suivantes :
- Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

Cas particulier du renouvellement anticipé des verres
Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable, sous réserve de la présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de la situation médicale particulière, dans les cas suivants :
- pour les personnes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;
- pour toutes personnes, quel que soit l'âge de l'assuré, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

4•2 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS LENTILLES
Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion ; celle-ci correspondant à 12 (douze) mois successifs à partir de la date d'effet de la garantie. Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations incluent le cas échéant 100 % du ticket modérateur. Lorsqu'au cours d'une année d'adhésion, le montant du forfait lentilles est épuisé, le remboursement a lieu à hauteur du ticket modérateur, sous réserve de l'intervention du régime de base.

4•3 DENTAIRE
Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100 % Santé et les actes hors panier 100 % Santé.
Sont visés par les actes hors panier 100 % Santé, les actes du panier à reste à charge modéré (avec des honoraires limites de facturation) et les actes du panier à prix libre (sans honoraires limites de facturation). Ceux-ci sont remboursés en fonction du niveau de garantie souscrit par l'assuré.

4•4 AIDE AUDITIVE
La prise en charge par l'organisme assureur des prestations Aides auditives est différente en fonction de la classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la classe I ou la classe II. Conformément à la réforme dite "100% Santé", les aides auditives appartenant à la classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée. A ce titre, une fois le remboursement effectué par le régime de base et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire dans la limite des Prix Limites de Vente, aucun reste à charge ne sera supporté par l'assuré. Les aides auditives de classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux "contrats responsables" et conformément au niveau de garantie souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'assuré. **La prise en charge est limitée à un équipement par oreille tous les 4 (quatre) ans à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive et dans la limite du prix limite de vente par aide auditive de classe I, ou dans la limite de 1 700 euros par aide auditive de classe II incluant la prise en charge du régime de base. Conformément à la réforme dite "100% Santé", la périodicité de renouvellement de 4 (quatre) ans à compter de la dernière prise en charge de l'aide auditive par le régime de base, s'applique au 1er janvier 2021 et tient compte des 4 (quatre) années antérieures.**

4•5 VÉHICULES POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (VPH)
Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100 % Santé et les actes hors panier 100 % Santé. Sont visés par les actes du panier 100 % Santé, les VPH de location de courte durée tels que définis par arrêté. La prise en charge de ces véhicules est **limitée à 6 (six) mois consécutifs de facturation par année glissante, sans pouvoir excéder les Prix Limites de Vente. Elle est assurée dans une limite de 3 (trois) mois, pouvant être renouvelée une fois maximum.**
Toutefois, cette durée de prise en charge peut être prorogée de 13 (treize) semaines consécutives de facturation, par année glissante, en présence d'une résolution du besoin de compensation du handicap, **sous réserve d'accord préalable par le régime de base.**

En tout état de cause, en cas d'épisode de soin relevant d'une indication différente de celle ayant justifié la première prise en charge et objectivé par une nouvelle prescription médicale, une nouvelle prise en charge d'un véhicule de location courte durée peut être autorisée avant l'écoulement de la période annuelle susmentionnée.
Le remboursement est réalisé à hauteur des frais réels, sous déduction de la prise en charge du régime de base. Par ailleurs, relèvent des actes hors panier 100 % Santé, les VPH à l'achat neuf et de location longue durée. Ces véhicules sont intégralement pris en charge par le régime de base.

4•6 PROTHÈSES CAPILLAIRES

La prise en charge par l'organisme assureur des prothèses capillaires est déterminée en fonction de la classe à laquelle appartient l'équipement, selon les modalités suivantes :
• Classe I : prise en charge intégrale par le régime de base ;
• Classe II : prise en charge renforcée conformément à la réforme dite "100% Santé".
À ce titre, une fois le remboursement effectué par le régime de base et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par l'assuré ;
• Classe III : prise en charge **dans la limite prévue au descriptif de prestations et des Prix Limites de Vente** ;
• Classe IV : prise en charge **dans la limite prévue au descriptif de prestations**.

4•7 CURES THERMALES

Les montants exprimés en euros pour les cures thermales sont alloués par année civile (du 1er janvier au 31 décembre). Les montants ne se cumulent pas d'une année sur l'autre.

4•8 SOINS INOPINÉS À L'ÉTRANGER

Lorsque les garanties souscrites prévoient le remboursement des soins inopinés à l'étranger, **seuls les soins imprévus lors de voyages ou de séjours dans un pays étranger de moins de 3 (trois) mois et pris en charge par le régime de base sont remboursés. Les soins sont considérés comme imprévus dès lors que le déplacement dans un pays étranger n'avait pas pour but de s'y faire soigner.**

5• BONUS FIDÉLITÉ

Après deux ans d'adhésion du bénéficiaire, les prestations sont majorées selon les modalités prévues au sein du descriptif de prestations pour les garanties expressément visées par ce dernier. Le nombre d'année d'adhésion est calculé à compter de la date d'effet de la garantie.
Toute modification de garantie (à la hausse et à la baisse) annule le nombre d'années d'adhésion écoulées avant celle-ci.

SOMMAIRE

6• LEXIQUE ..... P. 10
7• OBJET DU CONTRAT ..... P. 10
8• ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT ..... P. 10
8•1 CONDITIONS D'ADHÉSION ..... P. 10
8•2 FORMALITÉS D'ADHÉSION ..... P. 11
8•3 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION ..... P. 11
8•4 DROIT DE RENONCIATION ..... P. 11
8•5 DATE D'EFFET DES GARANTIES ..... P. 11
8•6 MODIFICATION DE GARANTIE ..... P. 11
8•7 DURÉE DE L'ADHÉSION ..... P. 12
8•8 CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS ..... P. 12
9• GARANTIES ..... P. 12
9•1 RISQUES COUVERTS ..... P. 12
9•2 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES ..... P. 12
9•3 HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS ..... P. 12
9•4 FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE ..... P. 12
9•5 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE ..... P. 12
9•6 DENTAIRE ..... P. 12
9•7 MÉDICAMENTS ..... P. 13
9•8 CURES THERMALES ..... P. 13
9•9 ACTES DE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE ..... P. 13
10• MODALITÉS DE REMBOURSEMENTS ..... P. 13
10•1 TÉLÉTRANSMISSION ..... P. 13
10•2 TIERS PAYANT ..... P. 13
10•3 PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION ..... P. 13
11• RISQUES EXCLUS ..... P. 13
12• LIMITE DES PRESTATIONS ..... P. 14
13• CESSATION DES GARANTIES ..... P. 14
14• COTISATIONS ..... P. 14
14•1 MONTANT DES COTISATIONS ..... P. 14
14•2 VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES ..... P. 14
14•3 PAIEMENT DES COTISATIONS ..... P. 14
14•4 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS ..... P. 14
14•5 LOI MADELIN ..... P. 15
15• DISPOSITIONS DIVERSES ..... P. 15
15•1 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL ..... P. 15
15•2 AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE ..... P. 15
15•3 FONDS DE GARANTIE ..... P. 15
15•4 PRESCRIPTION ..... P. 15
15•5 SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION ..... P. 16
15•6 SUBROGATION ..... P. 16
15•7 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION ..... P. 16

6• LEXIQUE

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

ANNÉE D'ADHÉSION : période correspondant à 12 (douze) mois successifs, à partir de la date d'effet de la garantie.

ANNÉE GLISSANTE : période de 12 (douze) mois consécutifs, commençant n'importe quel jour d'une année N et se terminant ce même jour de l'année N+1. Elle correspond donc à une période calculée de date à date, couvrant les 12 (douze) mois qui précèdent chaque acte, événement ou facturation servant de référence.

DATE D'ACQUISITION DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE : date de la dernière facturation de l'équipement optique (verres + monture) ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime de base.

DATE D'ACQUISITION DE L'AIDE AUDITIVE : date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime de base.

BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS : l'adhérent et éventuellement ses ayants droit inscrits : son conjoint et leurs enfants (âgés de moins de 18 ans ou de moins de 28 ans s'ils poursuivent des études), affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion. Ci-après également dénommés "Assurés".

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.

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

COUPLE-CONJOINT : toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage (attesté par la fourniture d'un justificatif de vie commune).

DÉLAI D'ATTENTE : 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.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE : dispositif prenant la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (Optam et Optam-Co), lesquelles sont ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. L'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er janvier 2013). L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

GARANTIE DE BASE : ensemble de garanties hors renforts optionnels ou packs optionnels, (lorsque le contrat en prévoit).

HONORAIRES LIMITES DE FACTURATION (HLF) : les Honoraires Limites de Facturation correspondent à l'honoraire maximal facturable par le chirurgien-dentiste à l'Assuré pouvant faire l'objet d'une entente directe. Ils sont fixés par la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie, approuvée par arrêté.

PLAFOND DENTAIRE : somme maximale remboursée par année d'adhésion pour vos prestations, en une ou plusieurs fois et n'incluant pas les remboursements du régime de base.

PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITE SOCIALE (PMSS) : montant fixé par arrêté et qui sert de référence pour déterminer certaines cotisations et certaines prestations, le PMSS de référence est celui de l'année en cours. Le montant en vigueur est disponible sur le site www.ameli.fr.

PRIX LIMITE DE VENTE (PLV) : le prix limite de vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente facturable par le professionnel de santé. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations et pris en charge par le régime de base est assortie d'un prix limite de vente. Les lunettes, prothèses capillaires, véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) et les aides auditives retenues dans les paniers 100 % Santé auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements. Conformément au niveau de garantie de l'assuré, l'organisme assureur interviendra, en complément du remboursement du régime de base, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

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

SUPPORT DURABLE : tout instrument offrant la possibilité à l'adhérent de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

TICKET MODÉRATEUR (TM) : quote part restant à la charge de l'adhérent, égale à la différence entre la base de remboursement et les remboursements du régime de base.

100 % SANTÉ : dispositif par lequel les assurés peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives, de prothèses dentaires, de véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) et de prothèses capillaires intégralement remboursées par le régime de base et leur complémentaire santé dans les conditions prévues par le Code de la Sécurité sociale et sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Les actes visés par ce dispositif intègrent le panier 100 % Santé.

7• 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). Il intervient en complément du régime de base.

8• ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT

8•1 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) ou dans les DROM **(à l'exclusion de Mayotte)**, à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin **(territoire français)**.
Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie et le cas échéant le ou les même(s) renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s) et s'inscrire sur le même dossier.
Les renforts optionnels ou packs optionnels ne peuvent être souscrits seuls.
Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes de base de la protection sociale française (cf. lexique).
Ils doivent en outre respecter les conditions prévues aux dispositions spécifiques du contrat souscrit, le cas échéant.
Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles à la complémentaire santé solidaire prévue aux articles L. 861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

8•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.
• L'adhésion se fait sans formalité médicale.
La signature de la Demande d'Adhésion emporte acceptation des droits et obligations définis dans le présent document.
Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, l'adhérent est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire. Cette inscription permet à l'adhérent de ne pas être sollicité sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit.

8•3 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date souhaitée et indiquée sur le certificat d'adhésion, 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 1ère cotisation.

8•4 DROIT DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion.
En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après) :
• 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.

Informations spécifiques à la vente à distance
Article L. 112-2-1 II du Code des assurances
"Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités".

Article L. 221-18 II du Code de la Mutualité
"Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités".

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.
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 prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où l'adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge de l'Adhérent (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

En cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile, à résidence ou sur le lieu de travail
Article L. 112-9 du Code des assurances
"Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités".

Article L. 221-18-1 du Code de la Mutualité
"Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités".
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 ou en recommandé électronique avec avis 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

8•5 DATE D'EFFET DES GARANTIES

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de la garantie ou de l'inscription au contrat en cas de modification de la situation de la famille figurant sur le certificat d'adhésion.
Lorsque le contrat prévoit des packs ou des renforts optionnels, des délais d'attente peuvent être appliqués. Ils sont mentionnés au sein du descriptif des prestations. Le point de départ du délai d'attente est la date d'effet de la garantie inscrite sur le certificat d'adhésion.

8•6 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 1er jour du mois suivant la demande.

Renforts optionnels ou packs optionnels
Lorsque le contrat prévoit des renforts optionnels ou packs optionnels, l'adhérent peut demander à :
- ajouter le ou les renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s), pour un effet au 1er jour du mois qui suit la demande. Les délais d'attente correspondants s'appliquent ;
- résilier son ou ses renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s) pour un effet au 1er janvier qui suit la demande.

La souscription du ou des renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s) vaut pour l'adhérent et ses ayants droit inscrits le cas échéant. La résiliation du ou des renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s) vaut pour l'adhérent et ses ayants droit inscrits le cas échéant.

Pour l'ensemble des garanties
Lorsque le contrat en prévoit, 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 ou de garantie (adhésion à une autre complémentaire santé Alptis), les prestations de 1ère année et les éventuels plafonds dentaires du nouveau niveau ou de la nouvelle garantie s'appliquent.

8•7 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.

8•8 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 à compter du changement de département de résidence ;
- d'un changement du régime de base ;
- d'un changement de profession.

9• GARANTIES
9•1 RISQUES COUVERTS
Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base des bénéficiaires 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".
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 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 :
- le tiers payant ;
- les prestations liées aux consultations et prescriptions des praticiens dans les conditions définies aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- les prestations liées à la prévention dont la liste est fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

9•2 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES
Les garanties sont acquises en France et dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas 3 (trois) 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 inopinés à l'étranger" du descriptif des prestations. Les règlements sont effectués en euros.

9•3 HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, EN ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS
Le forfait journalier hospitalier, mentionné dans le descriptif des 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,
  - soins de suites,
  - réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à la facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).
Les séjours en établissements ou unités spécialisés sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation.
Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas pris en charge.

9•4 FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE
Les montants exprimés en euros, **hors équipement optique**, sont alloués par année d'adhésion et par bénéficiaire.

9•5 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE
Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable, et définie par les Dispositions spécifiques de votre contrat.

9•6 DENTAIRE
Si la garantie prévoit un plafond dentaire : une fois celui-ci atteint, le remboursement est limité au ticket modérateur.

9•7 MÉDICAMENTS
La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la Sécurité sociale est disponible sur le site medicaments.gouv.fr.

9•8 CURES THERMALES
Lorsque le contrat prévoit le remboursement de cures thermales, seules celles médicalement prescrites et prises en charge par le régime de base sont remboursées.

9•9 ACTES DE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE
Lorsque le contrat prévoit le remboursement d'actes de médecine complémentaire, les actes non pris en charge par le régime de base, sont remboursés dans les limites prévues au descriptif de prestations (spécialités reconnues et nombre de séances toutes spécialités confondues). Les actes de médecine complémentaire sont listés dans le descriptif de prestations. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'État ou universitaire, d'une formation certifiée par l'Ecole de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline.

10• MODALITÉS DE REMBOURSEMENTS

10•1 TÉLÉTRANSMISSION
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 enregistrée 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 les actes non pris en charge par le régime de base, le bénéficiaire des prestations doit envoyer à Alptis Assurances les factures originales et acquittées pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique...). 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.
Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 2 (deux) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation. La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte. Le versement de la prestation s'effectuera après réception et vérification de l'ensemble des pièces requises pour le traitement de la demande.

10•2 TIERS PAYANT
Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé prises en charge par la garantie dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements, les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 160-10 du Code de la Sécurité sociale.
Le tiers payant hospitalisation est plafonné à 200 % de la BRSS. Au-delà, l'éventuel complément du remboursement est versé à l'adhérent sur présentation de la facture acquittée de l'établissement hospitalier et du décompte du régime de base.
Le tiers payant est disponible dans tous les départements français, dans les DROM, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin **(territoire français)** et selon les accords passés avec les praticiens. Pour les prestations "Optique, Dentaire, Aides Auditives et Hospitalisation", le tiers payant évite l'avance des frais, dans la limite du contrat responsable.

10•3 PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION
En cas d'hospitalisation dans toute la France (y compris Corse) et dans les DROM 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 permettant d'éviter à l'adhérent l'avance des frais.

11• RISQUES EXCLUS

Ne sont pas pris en charge les frais qui sont la conséquence de :
- **la guerre civile ou étrangère ;**
- **la désintégration du noyau atomique ;**
- **la faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire des prestations prouvée par l'organisme assureur, y compris la mutilation volontaire ;**
- **le suicide pendant la première année suivant l'adhésion ;**
- **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 et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours ; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;**
- **la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base ;**
- **les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.**

Le contrat dit responsable ne couvre 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. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L.160-13-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.

12• 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 indemnisations 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'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenu du régime de base et des garanties complémentaires ne pourra dépasser les plafonds prévus par le dispositif du contrat responsable.

13• 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 ou de l'article L. 141-4 du Code des assurances ;**
- **en cas de décès du bénéficiaire des prestations ;**
- **en cas de résiliation par l'adhérent à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, au choix de l'adhérent :**
  1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
  2° Soit par déclaration faite au siège d'Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03 ;
  3° Soit par acte extrajudiciaire ;
  4° Soit, lorsque Alptis Assurances propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.
  Alptis Assurances confirme par écrit la réception de la notification. La résiliation prend effet un mois à compter de la réception de cette notification ; les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, Alptis Assurances sera tenu au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation ;
- **en cas de résiliation par l'adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre, en utilisant tout support énuméré ci-avant et prévu par l'article L. 113-14 du Code des assurances ou l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, avec un préavis de 2 (deux) mois (avant le premier novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre) ;**
- **en cas d'exercice de l'une de vos facultés de résiliation précitées, vous pouvez notifier votre demande via la fonctionnalité prévue à cet effet sur votre espace adhérent. Alptis Assurances confirme la réception de la notification et vous informe par tout support durable, dans des délais raisonnables, de la date à laquelle le contrat prend fin et des effets de la résiliation ;**
- **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 : Cf. § "DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS".**

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 renforts optionnels ou packs optionnels le cas échéant.

14• COTISATIONS

14•1 MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation de la garantie de base est fonction :

- du niveau de garantie choisi,
- du régime de base,
- du département de résidence principale,
- du nombre d'ayants droit de l'adhérent,
- de l'âge des bénéficiaires des prestations.

La cotisation des renforts optionnels ou packs optionnels tient compte de la composition familiale. A ces cotisations s'ajoutent :

- la cotisation d'adhésion à l'association,
- le droit d'entrée (qui est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion).

14•2 VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Outre l'éventuelle évolution en fonction de l'âge, les cotisations peuvent évoluer au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution des dépenses de la Sécurité sociale, et des résultats du groupe assuré qui tient compte du niveau choisi, de l'âge, de la zone géographique du lieu de résidence, de la composition familiale, du régime de base. 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.

14•3 PAIEMENT DES COTISATIONS

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

14•4 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 (dix) jours de son échéance, Alptis Assurances adressera à l'adhérent par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de 40 (quarante) jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-8 II du Code de la mutualité ou L. 141-3 du Code des assurances.
Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

14•5 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 la Loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite Loi "Madelin".

15• DISPOSITIONS DIVERSES

15•1 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies par Alptis Assurances font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi que de l'adhésion à l'association. Des données de santé sont collectées aux fins de l'appréciation du risque ou de la mise en œuvre des garanties souscrites. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement de votre dossier. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre la fraude et de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Il est précisé qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, pendant cinq ans, et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans durant cette période. Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement (sauf opposition). Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur. Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'Alptis Assurances (y compris le Médecin-Conseil), l'association souscriptrice, l'organisme assureur et, le cas échéant, les réassureurs, les fonds de garantie, votre intermédiaire en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Alptis Assurances, l'association souscriptrice et l'organisme assureur prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. 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. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre Charte de protection des données à caractère personnel sur http://www.alptis.org.

15•2 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) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

15•3 FONDS DE GARANTIE

Il existe, selon l'organisme assureur :

- 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) ;
- un fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes instauré par la loi n° 99-532 du 25 juillet 1999 (article L. 423-1 du Code des assurances).

15•4 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 ou du Code des assurances selon l'organisme assureur.

Pour les organismes assureurs relevant 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 fausse 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.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L.111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

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 ou par envoi recommandé électronique, avec avis de réception, adressés 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.

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.

Pour les organismes assureurs relevant du Code des assurances

Article L. 114-1 du Code des assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues par l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois,ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L. 114-2 du Code des assurances

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec avis de réception, adressés par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 du Code des assurances

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.

***Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du Code des assurances ou du Code de la mutualité.**

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;**
- **l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;**
- **une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;**
- **l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.**
  À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- **l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).**

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

15•5 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 fausse 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, ou les dispositions des articles L. 113-8 (nullité du contrat) et L. 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

15•6 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.

15•7 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent, les bénéficiaires, les mandataires ou les ayants droit peuvent adresser une réclamation à Alptis Assurances, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- dépôt d'un formulaire de réclamation en ligne, au sein de son espace personnel sécurisé (Espace adhérent), accessible à l'adresse suivante : https://www.alptis.org/assurance/espace-adherent/ ;
- courrier adressé au Service Client d'Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON, en précisant son numéro d'adhérent.

Alptis Assurances accusera réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 (dix) jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si une réponse a pu être apportée à l'intéressé au cours de ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai maximum de 2 (deux) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou si Alptis Assurances n'a pas répondu dans le délai de 2 (deux) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'adhérent, les bénéficiaires, les mandataires ou les ayants droit ont la possibilité de saisir le Médiateur dans un délai maximal d'un an après l'envoi de la première réclamation écrite auprès de nos services, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu. Les coordonnées du Médiateur lui seront transmises par les services d'Alptis Assurances.

Le Médiateur ne pourra examiner la demande que si aucune action judiciaire n'a été engagée. Après avoir instruit le dossier, il rend un avis motivé dans les 3 (trois) mois qui ne lie pas les parties.

Il est rappelé que l'adhérent, les bénéficiaires, les mandataires ou les ayants droit ont la possibilité de soumettre tout litige auprès du tribunal compétent.

Les modalités de traitement des réclamations sont disponibles sur le site Internet d'Alptis Assurances, à l'adresse www.alptis.org (rubrique "Tous mes contacts / Faire une réclamation").

Mes notes

Mes notes

Mes notes



Alptis Assurances
Intermédiaire en assurance - Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - 25 cours Albert Thomas 69003 Lyon - RCS de LYON n° 335 244 489 - N° TVA intracommunautaire : FR37335244489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - IDU EMBPG : FR341758_01CWQT - Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au Code des assurances - Tél : 04 72 36 16 16

Groupe Smiso Mutuelle des Cadres
95 rue de Jemmapes 59800 Lille cedex - Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 324 310 614)

Miltis
25 cours Albert Thomas 69003 Lyon - Tél : 04 72 36 16 60 - Fax : 04 72 36 23 48 - www.mutuelle-miltis.fr - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN n° 417 934 817 - IDU EMBPG : FR331494_01NNDU

Apicil Mutuelle
Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553, siège social : 51 boulevard Vivier Merle 69003 Lyon

CNP Assurances
Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux - 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr - Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Nanterre - Entreprise régie par le code des assurances - IDU REP Papiers FR231782_03IAIS

Alptis
Prévoyance & Santé

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT[1]

Santé Select (Formule complète)

Ces exemples de remboursement, sans valeur contractuelle, vous permettent d'estimer pour une situation et un tarif donné, les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux au titre de votre contrat complémentaire ainsi que vos éventuels restes à charge. Les remboursements effectués par votre contrat diffèrent selon le niveau de garanties souscrits.

Contrat d'assurance santé responsable[2]	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)[3]	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Reste à charge
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20€ (15€ en service psychiatrique)	0 €	0 €	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7 Niveau 8	20€ (15€)	**0,00 €**
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC[4]	Non remboursé	Non remboursé	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7 Niveau 8	Selon les frais engagés	Selon les frais engagés
Séjour avec actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des practiciens dans les frais de séjour, alors que les honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé						
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BRSS	BRSS - 24€		24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7 Niveau 8	24,00 €	**0,00 €**
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BRSS	100% BRSS		Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443 €	271,70 €	271,70 €	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7 Niveau 8	0,00 € 67,93 € 135,85 € 171,30 € 171,30 € 171,30 € 171,30 € 171,30 €	**171,30 €** **103,38 €** **35,45 €** **0,00 €** **0,00 €** **0,00 €** **0,00 €** **0,00 €**
Honotaires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BRSS	100% BRSS		Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BRSS)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	486 €	271,70 €	271,70 €	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7 Niveau 8	0,00 € 13,59 € 81,51 € 149,44 € 214,30 € 214,30 € 214,30 € 214,30 €	**214,30 €** **200,72 €** **132,79 €** **64,87 €** **0,00 €** **0,00 €** **0,00 €** **0,00 €**
Séjour sans actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public						
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BRSS	80% BRSS		20% BRSS	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7 Niveau 8	750,80 €	**0,00 €**
SOINS COURANTS						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BRSS	70% BRSS - 2€		30% BRSS	2€ de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7 Niveau 8	9,00 €	**2€ de participation forfaitaire**
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7 Niveau 8	10,50 €	**0,00 €**
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	40,00 €	40,00 €	26,00 €	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7 Niveau 8	12,00 €	**2€ de participation forfaitaire**

Date de mise à jour : 10/12/2025

Alptis
Prévoyance & Santé

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT[1]

Santé Select (Formule complète)

Contrat d'assurance santé responsable[2]	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)[3]	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Reste à charge
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BRSS	70% BRSS - 2€		30% BRSS + dépassement si prévu au contrat	2€de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	Niveau 1	10,50 €	15,00 €
				Niveau 2	19,25 €	6,25 €
				Niveau 3	28,00 €	0,00 €
				Niveau 4	45,50 €	0,00 €
				Niveau 5	63,00 €	0,00 €
				Niveau 6	80,50 €	0,00 €
				Niveau 7	98,00 €	0,00 €
				Niveau 8	115,50 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	Niveau 1	12,00 €	15,00 €
				Niveau 2	22,00 €	5,00 €
				Niveau 3	32,00 €	0,00 €
				Niveau 4	52,00 €	0,00 €
				Niveau 5	72,00 €	0,00 €
				Niveau 6	92,00 €	0,00 €
				Niveau 7	112,00 €	0,00 €
				Niveau 8	132,00 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BRSS	70% BRSS - 2€		30% BRSS + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BRSS)	2€ de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	16,10 €	Niveau 1	6,90 €	39,00 €
				Niveau 2	8,05 €	37,85 €
				Niveau 3	13,80 €	32,10 €
				Niveau 4	19,55 €	26,35 €
				Niveau 5	29,90 €	16,00 €
				Niveau 6	29,90 €	16,00 €
				Niveau 7	29,90 €	16,00 €
				Niveau 8	29,90 €	16,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	Niveau 1	6,90 €	45,00 €
				Niveau 2	8,05 €	43,85 €
				Niveau 3	13,80 €	38,10 €
				Niveau 4	19,55 €	32,35 €
				Niveau 5	29,90 €	22,00 €
				Niveau 6	29,90 €	22,00 €
				Niveau 7	29,90 €	22,00 €
				Niveau 8	29,90 €	22,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BRSS	60% BRSS		40% BRSS + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40€ (12,20€ pour une béquille)	14,64 €	Niveau 1	9,76 €	2,31 €
				Niveau 2	9,76 €	2,31 €
				Niveau 3	12,07 €	0,00 €
				Niveau 4	12,07 €	0,00 €
				Niveau 5	12,07 €	0,00 €
				Niveau 6	12,07 €	0,00 €
				Niveau 7	12,07 €	0,00 €
				Niveau 8	12,07 €	0,00 €
DENTAIRE						
Soins et prothèses 100% Santé	Prix moyen national	BRSS	60% BRSS		40% BRSS + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	515,00 €	120,00 €	72,00 €	Niveau 1	443,00 €	0,00 €
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		
				Niveau 7		
				Niveau 8		
Soins (hors 100% Santé	Tarif de convention	BRSS	60% BRSS		40% BRSS + dépasement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38€ (pour un détartrage complet)	26,03 €	Niveau 1	17,35 €	0,00 €
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		
				Niveau 7		
				Niveau 8		
Prothèses (hors 100% Santé)	Prix moyen national	BRSS	60% BRSS		40% BRSS + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	Niveau 1	48,00 €	441,99 €
				Niveau 2	108,00 €	381,99 €
				Niveau 3	168,00 €	321,99 €
				Niveau 4	228,00 €	261,99 €
				Niveau 5	288,00 €	201,99 €
				Niveau 6	348,00 €	141,99 €
				Niveau 7	408,00 €	81,99 €
				Niveau 8	408,00 €	81,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BRSS	100% BRSS		Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	Niveau 1	0,00 €	520,60 €
				Niveau 2	96,75 €	423,85 €
				Niveau 3	193,50 €	327,10 €
				Niveau 4	290,25 €	230,35 €
				Niveau 5	387,00 €	133,60 €
				Niveau 6	483,75 €	36,85 €
				Niveau 7	520,60 €	0,00 €
				Niveau 8	520,60 €	0,00 €

Alptis
Prévoyance & Santé

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT[1]

Santé Select (Formule complète)

Contrat d'assurance santé responsable[2]	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)[3]	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Reste à charge
OPTIQUE						
Equipement 100% Santé	Prix limite de vente (PLV)	BRSS	60% BRSS		40% BRSS + dépassement dans la limite des PLV[5]	0,00 €
Ex : verres simples et monture	42,5€ (par verre) + 30€ (monture)	12,75€ par verre + 9€	7,65€ par verre + 5,40€	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7 Niveau 8	34,85€ par verre + 24,60€	**0,00 €**
Ex : verres progressifs et monture	90€ (par verre) + 30€ (monture)	27€ par verre + 9€	16,20€ par verre + 5,40€	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7 Niveau 8	73,80€ par verre + 24,60€	**0,00 €**
Equipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BRSS	60% BRSS		40% BRSS + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples et monture	112€ (par verre) + 148€ (monture)	0,05€ par verre + 0,05€	0,03€ par verre + 0,03€	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7 Niveau 8	1,09 € 50,09 € 150,09 € 175,09 € 200,09 € 250,09 € 300,09 € 324,09 €	**370,91 €** **321,91 €** **221,91 €** **196,91 €** **171,91 €** **121,91 €** **71,91 €** **47,91 €**
Ex : verres progressifs et monture	246€ (par verre) + 148€ (monture)	0,05€ par verre + 0,05€	0,03€ par verre + 0,03€	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7 Niveau 8	1,27 € 200,27 € 275,27 € 320,27 € 350,27 € 450,27 € 500,27 € 592,27 €	**630,73 €** **431,73 €** **356,73 €** **311,73 €** **281,73 €** **181,73 €** **131,73 €** **39,73 €**
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)		Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7 Niveau 8	Selon les frais engagés	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé		Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7 Niveau 8	Selon les frais engagés	Selon les frais engagés
AIDES AUDITIVES						
Equipement 100% Santé	Prix limite de vente (PLV)	BRSS	60% BRSS		40% BRSS + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7 Niveau 8	710,00 €	**0,00 €**
Equipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BRSS	60% BRSS		40% BRSS + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515,00 €	400,00 €	240,00 €	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7 Niveau 8	160,00 € 260,00 € 360,00 € 460,00 € 560,00 € 660,00 € 760,00 € 860,00 €	**1 115,00 €** **1 015,00 €** **915,00 €** **815,00 €** **715,00 €** **615,00 €** **515,00 €** **415,00 €**

Date de mise à jour : 10/12/2025

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT[1]

Santé Select (Formule complète)

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la règlementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3) La BRSS est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4) Non connu.
5) Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam.

Alptis Assurances
Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - 25 cours Albert Thomas 69003 Lyon - RCS de LYON n° 335 244 489 - N° TVA intracommunautaire : FR37335244489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - IDU EMBPG : FR341758_01CWQT - Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au Code des Assurances - Tél : 04 72 36 16 16

Miltis
25 cours Albert Thomas 69003 Lyon - Tél : 04 72 36 16 60 - Fax : 04 72 36 23 48 - www.mutuelle-miltis.fr - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817) - IDU EMBPG : FR331494_01NNDU

Groupe Smiso Mutuelle des Cadres
95 rue de Jemmapes - 59800 LILLE CEDEX
Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 324 310 614)

Apicil Mutuelle
Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 302 927 553, siège social : 51 boulevard Vivier Merle 69003 LYON

CNP ASSURANCES
Siège social : 4 promenade Coeur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux - 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr
Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Nanterre - Entreprise régie par le code des assurances - IDU REP Papiers FR231782_03IAIS

Date de mise à jour : 10/12/2025