SANTÉ

100% SANTÉ

Dispositions Particulières

LUMINÉIS

Réf : DP-LUMINEIS-27

Sommaire

LEXIQUE 3

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS 4-6

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES 7-15

OBJET DE LA GARANTIE 7

DÉLÉGATION DE GESTION 7

ADHÉSION 7

GARANTIES 8

DEMANDE DE REMBOURSEMENT 12

RISQUES EXCLUS 13

LIMITE DES PRESTATIONS 13

COTISATIONS 13

CESSATION DES GARANTIES 14

CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS 14

EXONÉRATION DES COTISATIONS 14

EXAMENS DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION 14

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL 15

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES APPLICABLES AUX TRAVAILLEURS NON SALARIÉS AYANT OPTÉ POUR LE BÉNÉFICE DE LA LOI MADELIN 15

LEXIQUE

100% SANTÉ : Dispositif par lequel les bénéficiaires des prestations 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, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Les actes visés par ce dispositif intègrent le panier 100% Santé.

ACTES DE PRÉVENTION : Ces actes sont définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.
Les actes sont les suivants :
1) Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8) sous réserve que :
   - l'acte soit effectué sur les premières et deuxièmes molaires permanentes ;
   - n'intervienne qu'une fois par dent ;
   - soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième (14ème) anniversaire.
2) Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectue en deux séances maximum) (SC12).
3) Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24) à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4) Dépistage hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5) Dépistage une fois tous les cinq (5) ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
   - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010),
   - audiométrie tonale avec tympanometrie (CDQP015),
   - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011),
   - audiométrie tonale ou vocale (CDQP012),
   - audiométrie tonale ou vocale avec tympanometrie (CDQP002),
6) L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire, sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7. La prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans une fois tous les six (6) ans.
7) Les vaccinations suivantes (seules ou combinées) :
   - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
   - coqueluche : avant 14 ans,
   - hépatite B : avant 14 ans,
   - BCG avant 6 ans,
   - rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
   - Haemophilus influenzae B,
   - vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 ans.

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

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

CERTIFICAT D'ADHÉSION : c'est le document envoyé au membre participant après acceptation de son bulletin d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

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

DÉLAI D'ATTENTE : il s'agit de la période pendant laquelle les garanties s'appliquent partiellement ou 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 : contrat signé par certains médecins/praticiens favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraire.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES : il s'agit du présent document qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir pour les demandes de remboursement de prestations. Lorsque le membre participant, travailleur non salarié non agricole, a opté pour le bénéfice de la loi Madelin, les présentes Dispositions Particulières valent Notice d'information.

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

PRIX LIMITE DE VENTE : Le prix limite de vente (PLV) 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 et les aides auditives retenus dans les paniers 100% Santé ont des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les bénéficiaires des prestations puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements. Conformément au niveau de garanties du bénéficiaire des prestations, la Mutuelle 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, régimes des salariés agricoles : AMEXA, régime d'Alsace-Moselle, régimes spéciaux).

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

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base (RB). Les montants exprimés en € interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base à l'exception de l'équipement optique, où les forfaits en euros incluent la part du régime de base. Les forfaits 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 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, sauf dérogation dans les dispositions particulières. Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations. 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 la location courte durée des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH), les prestations sont limitées à une durée de 3 mois renouvelable une fois pour une nouvelle période consécutive de 3 mois. Cette prise en charge de 6 mois maximum, débute à compter de la première facturation du VPH et est valable pour une durée de 12 mois.
Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

La garantie "Niveau Hospi seule" ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables".
Les garanties des niveaux 1 à 4 s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables" et ses textes réglementaires. 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.

CADRE RÉGLEMENTAIRE	Non Responsable	Responsable			
GARANTIE DE BASE	**Niveau Hospi Seule**	**Niveau 1**	**Niveau 2**	**Niveau 3**	**Niveau 4**
HOSPITALISATION (y compris chirurgicale, maternité, à domicile, en établissements et unités spécialisés)					
Frais de séjour - en secteur conventionné - en secteur non conventionné	 Frais Réels 250% BRSS	 Frais Réels 100% BRSS	 Frais Réels 150% BRSS	 Frais Réels 200% BRSS	 Frais Réels 250% BRSS
Honoraires - Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	250% BRSS **(limité à 100% la 1ère année)**	100% BRSS 100% BRSS	150% BRSS 125% BRSS	200% BRSS 175% BRSS	250% BRSS 200% BRSS
Chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné (1) - Montant du forfait (bonus inclus), pour la 2ème année d'adhésion - Montant du forfait (bonus inclus), pour la 3ème année d'adhésion	40 €/jour 65 €/jour 70 €/jour	30 €/jour 35 €/jour 40 €/jour	40 €/jour 45 €/jour 50 €/jour	50 €/jour 55 €/jour 60 €/jour	60 €/jour 65 €/jour 70 €/jour
Séjour accompagnant d'enfant de moins de 16 ans ou d'une personne de plus de 70 ans **(maximum 60 jours par an)**	40 €/jour	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	35 €/jour
Forfait journalier hospitalier	Frais Réels (2)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER					
pris en charge par le régime de base	150% BRSS (3)	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes d'imagerie et d'échographie - Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	 – –	 100% BRSS 100% BRSS	 125% BRSS 100% BRSS	 150% BRSS 125% BRSS	 200% BRSS 175% BRSS
Honoraires paramédicaux	–	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS
Analyses et examens de laboratoires	–	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS
Transport	150% BRSS (3)	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS
Médicaments pris en charge par le régime de base	–	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Matériel médical dont orthopédie, prothèses médicales et **hors aides auditives, optique, VPH et prothèses capillaires**	–	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
Actes de prévention pris en charge par le régime de base	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
VÉHICULES POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (VPH)					
100% SANTÉ **Équipement du panier 100% Santé*** **Véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) - location de courte durée** (4)	–	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Équipement hors panier 100% Santé					
Véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) : achat neuf et location de longue durée, prescrit et pris en charge par le régime de base	–	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Autres prestations liées aux VPH	–	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
PROTHÈSES CAPILLAIRES					
100% SANTÉ **Équipement du panier 100% Santé*** **Prothèses capillaires totales - Classe II**	–	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Équipement hors panier 100% Santé					
Prothèses capillaires totales - Classe I	–	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Prothèses capillaires totales - Classe III (5) et IV	–	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS

DENTAIRE					
100% SANTÉ **Soins et prothèses du panier 100 % Santé***	–	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Soins et prothèses hors panier 100 % Santé					
Soins (dont Inlays, onlays, scellement des sillons)	–	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Inlay core pris en charge par le régime de base	–	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
Prothèses et orthodontie prises en charge par le régime de base	–	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
- Montant du forfait (bonus inclus), pour la 2ème année d'adhésion	–	110 % BRSS	175 % BRSS	225 % BRSS	275 % BRSS
- Montant du forfait (bonus inclus), pour la 3ème année d'adhésion	–	125 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS
Prothèses, orthodontie, Inlay core, parodontie et implantologie non prises en charge par le régime de base	–	100 €	200 €	250 €	300 €
			par an et par bénéficiaire		
Plafonds de remboursement annuel **(hors soins)** incluant les montants remboursés dans le panier 100 % Santé					
- 1ère année	–	–	–	600 €	800 €
- 2e année et suivantes	–	–	–	1 000 €	1 500 €
OPTIQUE (6)					
Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixte (7) **dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue tous les ans**					
100% SANTÉ **Équipement du panier 100 % Santé* Verres et Montures de Classe A** (8)	–	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Prestations hors panier 100 % Santé					
Équipement verres simples	–	100 €	150 €	225 €	300 €
Équipement verres complexes et/ou verres très complexes	–	200 €	200 €	300 €	400 €
- Montant du forfait (bonus inclus), pour la 2ème année d'adhésion	–	200 €	225 €	325 €	425 €
- Montant du forfait (bonus inclus), pour la 3ème année d'adhésion	–	200 €	250 €	350 €	450 €
Équipement verre simple et verre complexe ou verre très complexe	–	150 €	175 €	262,50 €	350 €
- Montant du forfait (bonus inclus), pour la 2ème année d'adhésion	–	150 €	187,50 €	275 €	362,50 €
- Montant du forfait (bonus inclus), pour la 3ème année d'adhésion	–	150 €	200 €	287,50 €	375 €
Suppléments et prestations	–	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Lentilles prescrites, prises en charge ou non par le régime de base, y compris lentilles jetables **par an et par bénéficiaire**	–	50 €	100 €	150 €	200 €
Chirurgie réfractive (par œil) **par an et par bénéficiaire** (9)	–	50 €	100 €	150 €	200 €
AIDES AUDITIVES (dans la limite d'un équipement par oreille tous les 4 ans)					
100% SANTÉ **Équipement du panier 100 % Santé* Prothèses auditives : Aide auditive de Classe I**	–	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Prothèses auditives hors panier 100 % Santé					
Aide auditive de Classe II	–	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
- Montant du forfait (bonus inclus), pour la 2ème année d'adhésion		110 % BRSS	150 % BRSS	175 % BRSS	225 % BRSS
- Montant du forfait (bonus inclus), pour la 3ème année d'adhésion		125 % BRSS	175 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
Autres prestations liées aux aides auditives	–	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
CURES THERMALES prises en charge par le régime de base					
Honoraires					
- Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	–	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	175 % BRSS
- Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	–	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
Frais d'établissement	–	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
Frais de transport et hébergement	–	100 €	200 €	250 €	300 €
			par an et par bénéficiaire		
SERVICES OFFERTS (Cf. Notice Miltis Services Santé)					
Tiers payant	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Télétransmission	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Exonération des cotisations en cas de décès accidentel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Protection et assistance juridique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Prévention, conseil médical et consultation en ligne - Second avis médical	–	Oui	Oui	Oui	Oui

*Tels que définis réglementairement.

(1) Durée illimitée en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité **(hors psychiatrie), limitée à 90 jours par an pour les établissements et unités de soins de suite et de réadaptation, et exclue pour les établissements et unités psychiatriques.**

(2) Durée illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale, médicale et maternité et **limitée à 90 jours par an en établissements et unités spécialisés (établissements psychiatriques, de soins de suite ou de réadaptation).**

(3) Uniquement dans le cadre d'une hospitalisation.

(4) Prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) **limitée à la location de courte durée (location pour une durée de 3 mois renouvelable une fois pour une nouvelle période consécutive de 3 mois. Cette prise en charge de 6 mois maximum, débute à compter de la première facturation du VPH et est valable pour une durée de 12 mois).**

(5) **La prise en charge des prothèses capillaires de Classe III ne peut excéder les prix limites de vente.**

(6) **Prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique de maximum de cent € (100,00 €)** (hors monture classe A).
Verres simples : 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.
Verres complexes : 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 sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.
Verres très complexes : 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.

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

(8) **PLV de la monture en classe A : trente € (30,00 €).**

(9) **La consommation d'un équipement optique ou de lentilles dans l'année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie exclut tout remboursement au titre de la chirurgie réfractive.**

PACK OPTIONNEL BIEN ÊTRE	
MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE Shiatsu, acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, réflexologue, naturopathe, phytothérapeute, psychologue, sexologue, psychomotricien, ergothérapeute, sophrologue, pédicure-podologue, diététicien, nutritionniste, hypnothérapeute, mésothérapeute, olfactothérapeute **(3 séances par an, par bénéficiaire**, toutes spécialités confondues pour les actes non pris en charge par le régime de base) - Montant du forfait (bonus inclus), pour la 2ème année d'adhésion - Montant du forfait (bonus inclus), pour la 3ème année d'adhésion	35 € par séance x 3 séances par an 4 séances par an 5 séances par an
MÉDICAMENTS ET VACCINS prescrits non pris en charge par le régime de base et automédication Médicaments disponibles sans ordonnance, dont homéopathie et spécialités d'huiles essentielles, phytothérapie et gemmothérapie achetés en officine	50 % des Frais Réels **dans la limite de 50 €** **par an et par bénéficiaire**

PACK OPTIONNEL OPTIQUE / DENTAIRE / AIDES AUDITIVES (HORS PANIER 100 % SANTÉ)	
OPTIQUE Montures et verres (dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, tous les ans pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue) - Montant de base - Montant du forfait (bonus inclus), pour la 2ème année d'adhésion - Montant du forfait (bonus inclus), pour la 3ème année d'adhésion	 100 € par équipement 125 € par équipement 150 € par équipement
Lentilles prescrites remboursées ou non prises en charge par le régime de base, y compris lentilles jetables, chirurgie réfractive	50 € par an et par bénéficiaire
DENTAIRE Prothèses dentaires et orthodontie remboursées ou non prises en charge par le régime de base, parodontie, inlay core, implantologie - Montant de base - Montant du forfait (bonus inclus), pour la 2ème année d'adhésion - Montant du forfait (bonus inclus), pour la 3ème année d'adhésion	 100 € par an et par bénéficiaire 150 € par an et par bénéficiaire 200 € par an et par bénéficiaire
AIDES AUDITIVES - Montant de base - Montant du forfait (bonus inclus), pour la 2ème année d'adhésion - Montant du forfait (bonus inclus), pour la 3ème année d'adhésion	 100 € par an et par bénéficiaire 150 € par an et par bénéficiaire 200 € par an et par bénéficiaire

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Luminéis a pour objet de garantir au membre participant et le cas échéant à ses ayants droit, le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux qu'ils ont engagés, dans la limite des garanties et du niveau souscrit (cf. Descriptif des prestations).
Elle intervient en complément du régime de base.

DÉLÉGATION DE GESTION

La gestion administrative de la présente garantie est confiée à Alptis Assurances, intermédiaire en assurances, dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

ADHÉSION

PERSONNES ASSURABLES

Pour l'ensemble de la garantie Luminéis

Le membre participant et ses ayants droit pour être assurable au titre de la présente garantie, doivent résider en France métropolitaine 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, à l'exception du couple si chacun d'eux dispose d'un numéro de Sécurité sociale distinct et souhaite un niveau de garantie différent. Dans ce cas, chaque membre du couple complète son propre bulletin d'affiliation.
Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes de base de la protection sociale française (cf. Lexique).
Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles au dispositif de complémentaire santé solidaire prévu aux articles L. 861-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Pour les niveaux 1 à 4

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

Pour les packs optionnels

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

Pour le niveau "Hospi seule"

Le niveau "Hospi seule" ne peut être souscrit en complément des niveaux 1 à 4.

DROIT DE RENONCIATION

Le membre participant dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion :

- à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion en cas de vente par démarchage à domicile (article L.221-18-1 du Code de la mutualité). Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle ou à l'union si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement ou du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.
- à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où le membre participant reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion en cas de vente à distance (article L. 221-18 du Code de la mutualité).

Le membre participant ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.
En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après) :

- Si des prestations ont été versées, le membre participant s'engage à rembourser à la mutuelle les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, la mutuelle les remboursera au membre participant dans un délai de 30 (trente) jours.

Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

Les coûts exposés par le membre participant pour souscrire à distance (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) restent à sa charge et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

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

Le membre participant 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 au siège de la mutuelle ou de son délégataire de gestion, en recommandé avec avis de réception.
Modèle de lettre de renonciation :
"Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro du membre participant),..... 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
Le droit de renonciation peut également s'exercer via l'interface en ligne (espace adhérent) du membre participant.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DÉLAI D'ATTENTE

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

Pour la garantie de base

Pour les niveaux 1 à 4

Aucun délai d'attente ne s'applique.

Pour le niveau "Hospi seule"
Un délai d'attente partiel d'un an s'applique pour le poste honoraire en secteur conventionné ou non conventionné.
Le niveau de garantie est réduit pendant la première année d'adhésion. (Cf. descriptif de prestations).

Pour le(s) pack(s) optionnel(s)
Lorsque la souscription du/des pack(s) optionnel(s) intervient simultanément avec la garantie de base :
• aucun délai d'attente pour les packs optionnels Bien Être et Optique - Dentaire - Aides auditives.
En cas de souscription ultérieure :
• 3 mois pour le pack optionnel Bien Être,
• 6 mois pour le pack optionnel Optique - Dentaire - Aides auditives.

MODIFICATION DE LA GARANTIE

Garantie de base
Après un an d'adhésion à la garantie, le membre participant peut demander la modification de sa garantie (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur) à tout moment. La modification prend effet le 1er jour du mois suivant sa demande.
La demande de modification de la garantie, adressée au gestionnaire, devra se faire par écrit.
En cas de changement de niveau au sein de la gamme, ou de changement de gamme, les prestations et plafonds de 1ère année s'appliquent.

Packs optionnels
Le membre participant peut demander à ajouter le ou les pack(s) optionnel(s), pour un effet au 1er jour du mois qui suit la demande. Les délais d'attente s'appliquent. Le membre participant peut demander de résilier son ou ses pack(s) optionnel(s) pour un effet au 1er janvier qui suit la demande.
La souscription et la résiliation du ou des pack(s) optionnel(s) vaut pour l'adhérent et ses ayants droit inscrits le cas échéant.
Cas particulier :
Si le membre participant modifie sa garantie en optant pour le niveau inférieur correspondant au niveau "Hospi seule", le(s) pack(s) optionnel(s) souscrit(s) initialement le cas échéant sera/seront résilié(s), à la date d'effet de la garantie soit le 1er janvier ou 1er juillet suivant la demande.
Cas des bonus de fidélité :
En cas de changement pour un niveau supérieur, les bonus de fidélité applicables aux prestations chambre particulière, prothèses et orthodontie prises en charge par le régime de base, équipement optique et aides auditives sont perdus.
En cas de changement pour un niveau inférieur, les bonus de fidélité acquis au titre de l'ancienneté du bénéficiaire des prestations demeurent, à hauteur du nouveau niveau souscrit.

DURÉE DE L'ADHÉSION

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

GARANTIES

RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base du bénéficiaire des prestations et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par le bénéficiaire des prestations (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations). Les prestations accordées par la mutuelle visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant à l'article **"Risques exclus"**.
Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

Pour les niveaux 1 à 4
Les garanties des niveaux 1 à 4 dites "responsables", prennent en charge dans les conditions fixées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :
• les prestations liées aux consultations et prescriptions des 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 dans les conditions définies au II de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, dont la liste est fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.
Pour les niveaux 1 à 4, sont couverts les frais médicaux et l'hospitalisation résultant d'un accident, d'une maladie et de la maternité.
Les remboursements du poste Dentaire (hors soins) sont plafonnés pour les niveaux 3 et 4.

Pour le niveau "Hospi seule"
La garantie **"Hospi seule"** ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables". Seule l'hospitalisation résultant d'un accident, d'une maladie et de la maternité est couverte.

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, EN ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS

Le forfait hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.
Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. On entend par établissements sanitaires :
• les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique ;
• les établissements et unités spécialisés :
- de psychiatrie,
- de soins de suite,
- de réadaptation.

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

Le nombre de jour indemnisé pour la garantie hospitalisation est :

		Niveau Hospi seule	Niveaux 1 à 4
Frais de séjour	• Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	Illimité	Illimité
	• Établissements et unités spécialisés	Illimité	Illimité
Forfait hospitalier	• Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	Illimité	Illimité
	• Établissements et unités spécialisés	90 jours par an	Illimité
Chambre particulière	• Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	Illimité	Illimité
	• Établissements et unités spécialisés : - Soins de suite - De réadaptation - Psychiatrique	 90 jours par an 90 jours par an **Exclue**	 90 jours par an 90 jours par an **Exclue**
Séjour accompagnant	Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	60 jours par an	60 jours par an
	Établissements et unités spécialisés		

FONCTIONNEMENT BONUS FIDÉLITÉ DE LA CHAMBRE PARTICULIÈRE

Le bénéficiaire des prestations dispose d'un bonus fidélité qui augmente son forfait selon les conditions suivantes :
• Un premier bonus s'applique sur le même niveau de garantie après une première année d'ancienneté.
• Un deuxième bonus s'applique sur le même niveau de garantie après une deuxième année d'ancienneté.
Les bonus fidélité après la première et la deuxième année ne se cumulent pas.

A titre d'exemple :
Pour la souscription d'un contrat LUMINÉIS niveau 2, le forfait chambre hospitalière s'élève à 40 euros la première année d'adhésion.
Par la suite, le bénéficiaire des prestations obtient :
• Après un (1) an d'ancienneté sur le même niveau de garantie (niveau 2), un forfait chambre hospitalière s'élevant à 45 euros.
• Après deux (2) ans d'ancienneté sur le même niveau de garantie (niveau 2), un forfait chambre hospitalière s'élevant à 50 euros.

MÉDICAMENTS

La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la sécurité sociale est disponible sur le site medicaments.gouv.fr.

FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS RELATIVES AUX 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 dont la location est de courte durée, **(3 mois renouvelable une fois pour une nouvelle période consécutive de 3 mois. Cette prise en charge de 6 mois maximum, débute à compter de la première facturation du VPH et est valable pour une durée de 12 mois)** et définis par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale dans la limite prix fixés en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale.
La prise en charge des VPH du panier 100 % Santé se fait à hauteur des frais réels, sous déduction de la prise en charge du régime de base. A 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 le bénéficiaire des prestations.
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.

PROTHÈSES CAPILLAIRES

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 prothèses capillaires de Classe II définies par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale dans la limite prix fixés en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale.
La prise en charge des prothèses capillaires de Classe II au titre du panier 100 % Santé se fait à hauteur des frais réels, sous déduction de la prise en charge du régime de base. A 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 le bénéficiaire des prestations.
Par ailleurs, relèvent des actes hors panier 100% Santé, les prothèses capillaires totales suivantes :
Classe I : prise en charge intégrale par le régime de base ;
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**.

FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE

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.
Les équipements classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée telle que définie 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. En conséquence, une fois le remboursement effectué par la Sécurité sociale et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par le membre participant (ou ses ayants droit).
Les équipements de classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'assuré.
Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations intègrent la prise en charge du régime de base.
Lorsque l'assuré choisi 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.

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 actes du panier 100 % Santé et pour les actes hors panier 100 % Santé. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).
Toutefois, pour les mineurs de moins de 16 ans, les prestations s'appliquent par période annuelle à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
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.

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, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
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 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 dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

FONCTIONNEMENT BONUS FIDÉLITÉ DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE

Le bénéficiaire des prestations dispose d'un bonus fidélité qui augmente son forfait selon les conditions suivantes :
- Un premier bonus s'applique sur le même niveau de garantie après une première année d'ancienneté.
- Un deuxième bonus s'applique sur le même niveau de garantie après une deuxième année d'ancienneté.

Les bonus fidélité après la première et la deuxième année ne se cumulent pas.

A titre d'exemple :
Pour la souscription d'un contrat LUMINÉIS niveau 2, le forfait optique "équipements verres complexes et/ou verres très complexes" de classe B s'élève à 200 euros la première année d'adhésion.
Par la suite, le bénéficiaire des prestations obtient :
- Après un (1) an d'ancienneté sur le même niveau de garantie (niveau 2), un forfait optique "équipements verres complexes et/ou verres très complexes" de classe B s'élevant à 225 euros.
- Après deux (2) ans d'ancienneté sur le même niveau de garantie (niveau 2), un forfait optique "équipements verres complexes et/ou verres très complexes" de classe B s'élevant à 250 euros.

FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS (HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE ET LENTILLES)

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs, à partir de la date d'effet de la garantie) et par bénéficiaire. Le remboursement ne pourra pas être inférieur au ticket modérateur.

FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT LENTILLES

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter 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, 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.

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 du panier 100 % Santé les actes définis par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente), 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. Sont visés par les actes hors panier 100 % Santé, les actes du panier à reste à charge modéré (avec des honoraires limites facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré) et les actes du panier à prix libre (absence d'honoraires limites de facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré).
Les plafonds dentaires (formules 3 et 4) s'appliquent sur tous vos actes dentaires hors soins, y compris ceux du panier 100 % Santé.
Une fois les plafonds dentaires atteints, le remboursement est limité comme suit :
- au ticket modérateur pour les prothèses dentaires, l'implantologie et l'orthodontie (prise en charge du régime de base inclus) pour les actes du panier hors 100 % Santé,
- la prise en charge des actes du panier 100 % Santé se fera à la hauteur des frais réels, sous déduction des prises en charge du régime de base.

FONCTIONNEMENT BONUS FIDÉLITÉ DES PROTHÈSES ET DE L'ORTHODONTIE PRISES EN CHARGE PAR LE RÉGIME DE BASE

Le bénéficiaire des prestations dispose d'un bonus fidélité qui augmente son forfait selon les conditions suivantes :
- Un premier bonus s'applique sur le même niveau de garantie après une première année d'ancienneté.
- Un deuxième bonus s'applique sur le même niveau de garantie après une deuxième année d'ancienneté.

Les bonus fidélité après la première et la deuxième année ne se cumulent pas.

A titre d'exemple :
Pour la souscription d'un contrat LUMINÉIS niveau 2, le forfait prothèses et orthodontie s'élève à 150 % la première année d'adhésion.
Par la suite, le bénéficiaire des prestations obtient :
- Après un (1) an d'ancienneté sur le même niveau de garantie (niveau 2), un forfait prothèses et orthodontie s'élevant à 175 %.
- Après deux (2) ans d'ancienneté sur le même niveau de garantie (niveau 2), un forfait prothèses et orthodontie s'élevant à 200 %.

AIDES AUDITIVES

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100 % Santé et les actes hors panier 100 % Santé. La prise en charge par la Mutuelle 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 telles que définies à 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. A 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 le bénéficiaire des prestations.
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 garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par le bénéficiaire des prestations.
La prise en charge est limitée à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille 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, tient compte des 4 (quatre) années antérieures.

FONCTIONNEMENT BONUS FIDÉLITÉ DES AIDES AUDITIVES (CLASSE II)

Le bénéficiaire des prestations dispose d'un bonus fidélité qui augmente son forfait selon les conditions suivantes :
- Un premier bonus s'applique sur le même niveau de garantie après une première année d'ancienneté.
- Un deuxième bonus s'applique sur le même niveau de garantie après une deuxième année d'ancienneté.

Les bonus fidélité après la première et la deuxième année ne se cumulent pas.

A titre d'exemple :
Pour la souscription d'un contrat LUMINÉIS niveau 2, un forfait aide auditive de classe 2, s'élève à 125 % la première année d'adhésion.
Par la suite, le bénéficiaire des prestations obtient :
- Après un (1) an d'ancienneté sur le même niveau de garantie (niveau 2), un forfait aide auditive de classe 2 s'élevant à 150 %.
- Après deux (2) ans d'ancienneté sur le même niveau de garantie (niveau 2), un forfait aide auditive de classe 2 s'élevant à 175 %.

CURES THERMALES

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

ACTES DE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE (PACK OPTIONNEL BIEN ÊTRE)

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.
Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'état ou universitaire, d'une formation certifiée par l'École de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline.

FONCTIONNEMENT DES BONUS FIDÉLITÉ POUR LE PACK OPTIONNEL BIEN-ÊTRE - GARANTIE MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES

Le bénéficiaire des prestations dispose d'un bonus fidélité qui augmente son forfait selon les conditions suivantes :
- Un premier bonus s'applique sur le même niveau de garantie après une première année d'ancienneté.
- Un deuxième bonus s'applique sur le même niveau de garantie après une deuxième année d'ancienneté.

Les bonus fidélité après la première et la deuxième année ne se cumulent pas.

A titre d'exemple :
Pour la souscription d'un contrat LUMINÉIS avec Pack optionnel Bien être, le forfait médecine complémentaire s'élève à 3 séances par an pour la première année d'adhésion.
Par la suite, le bénéficiaire des prestations obtient :
- Après un (1) an d'ancienneté sur le même Pack optionnel Bien être, un forfait médecine complémentaire s'élevant à 4 séances par an.
- Après deux (2) ans d'ancienneté sur le même Pack optionnel Bien être, un forfait médecine complémentaire s'élevant à 5 séances par an.

FONCTIONNEMENT DES BONUS FIDÉLITÉ POUR LE PACK OPTIONNEL OPTIQUE/DENTAIRE/AIDES AUDITIVES

Le bénéficiaire des prestations dispose d'un bonus fidélité qui augmente son forfait selon les conditions suivantes :
- Un premier bonus s'applique sur le même niveau de garantie après une première année d'ancienneté.
- Un deuxième bonus s'applique sur le même niveau de garantie après une deuxième année d'ancienneté.

Les bonus fidélité après la première et la deuxième année ne se cumulent pas.

A titre d'exemple :
Pour la souscription d'un contrat LUMINÉIS avec le Pack optionnel Optique / dentaire / aides auditives (hors panier 100 % Santé), le forfait optique "monture et verres" s'élève à 100 euros par équipement la première année d'adhésion.
Par la suite, le bénéficiaire des prestations obtient :
- Après un (1) an d'ancienneté sur le même Pack optionnel Optique / dentaire / aides auditives, le forfait optique "monture et verres" s'élevant à 125 euros par équipement.
- Après deux (2) ans d'ancienneté sur le même Pack optionnel Optique / dentaire / aides auditives, le forfait optique "monture et verres" s'élevant à 150 euros par équipement.

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le monde entier lors des séjours n'excédant pas 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 et prestations inopinés à l'étranger" du descriptif des prestations.
Les règlements sont effectués en France et en euros.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

TÉLÉTRANSMISSION (uniquement pour les niveaux 1 à 4)

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, la mutuelle pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base. Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention *"nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire"* figure sur le décompte de votre régime de base. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les bénéficiaires des prestations inscrits. Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les bénéficiaires des prestations doivent adresser à la mutuelle ou à son délégataire de gestion les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique...), le bénéficiaire des prestations doit envoyer à la mutuelle les factures originales et acquittées pour les actes non pris en charge par le régime de base.
Dans tous les cas, la mutuelle peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires. **Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations.**
La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

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

TIERS PAYANT

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements et les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 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'assuré 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, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin et selon accords passés avec les praticiens. Pour les prestations "Optique, Dentaire, Ostéopathie, Audioprothèse et Hospitalisation", le tiers payant évite l'avance des frais, dans la limite du contrat souscrit et dans la limite du ticket modérateur pour les autres actes.

NIVEAU "HOSPI SEULE"

Dans le cadre du niveau Hospi Seule, les remboursements sont soumis à la production :
- du décompte du régime de base,
- des factures originales et acquittées pour les actes non pris en charge par le régime de base.

DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement en tout ou partie des frais engagés par le bénéficiaires des prestations intervient dans les meilleurs délais à compter de la réception par le gestionnaire de l'ensemble des pièces justificatives permettant de traiter la demande de paiement.

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.
En cas de déclaration tardive causant un préjudice à la Mutuelle et prouvé, celle-ci a la possibilité de refuser le versement de la prestation demandée.

CONTRÔLE DES PRESTATIONS

La Mutuelle peut demander au bénéficiaire des prestations, par l'intermédiaire de son médecin conseil si besoin, tout renseignement ou document complémentaire qu'elle juge utile, et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.
À peine de déchéance, le bénéficiaire des prestations doit lui communiquer sans délai ces informations et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle. Le bénéficiaire des prestations a la possibilité de se faire accompagner lors de cette expertise médicale par un médecin de son choix agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine. Les frais et honoraires du médecin que le bénéficiaire des prestations a choisi, demeurent à sa charge.
Lorsque les informations sont demandées par le médecin conseil, elles sont transmises soit directement sous pli confidentiel, soit par l'intermédiaire de son médecin.
La Mutuelle peut également interroger la/les Caisse(s) Primaire(s) d'Assurance Maladie ou toute personne ayant réalisé une facturation de soins à l'encontre du bénéficiaire des prestations afin de confronter les décomptes et justificatifs fournis par ce dernier.
En fonction du résultat de ces contrôles, la Mutuelle se réserve le droit de contester au regard des dispositions du présent contrat, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou qui a déjà été réalisé ou le montant de sa prise en charge.
De plus, en cas de fraude avérée, la mutuelle :
- **procède à la demande de restitution des frais versés au bénéficiaire des prestations le cas échéant ;**
- **se réserve le droit de procéder à la radiation du bénéficiaire des prestations conformément aux statuts de la mutuelle et d'engager toute poursuite judiciaire qu'elle jugera utile.**

En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire des prestations et le médecin conseil, les deux parties font appel à un troisième médecin pour les départager dans le mois suivant la décision rendue, et à l'avis duquel les parties doivent se ranger.
Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin est désigné par la juridiction compétente sur requête de la partie la plus diligente.
De convention expresse, le bénéficiaire des prestations reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus du bénéficiaire des prestations, la Mutuelle ou son gestionnaire pourra, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

RISQUES EXCLUS

Pour l'ensemble de la garantie Luminéis

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

- **la guerre civile et étrangère ;**
- **la désintégration du noyau atomique ;**
- **la faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire des prestations prouvée par la Mutuelle ou son Délégataire de gestion ;**
- **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.**

Pour les niveaux 1 à 4

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

I. la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 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, pour les niveaux 1 à 4 aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

LIMITE DES PRESTATIONS

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou 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 du membre participant 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 pour les niveaux 1 à 4, 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".

COTISATIONS

MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation de base est fonction au niveau de garantie choisi, du département de résidence principale du membre participant, de l'âge des bénéficiaires des prestations et du régime de base. L'âge retenu est calculé par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance du bénéficiaire des prestations. Le montant de la cotisation tient compte de la composition familiale.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel et trimestriel mais aussi mensuel lorsque le paiement est effectué par prélèvement bancaire.

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 contrat. De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale.

*Cas particulier des enfants : la cotisation des enfants n'évolue pas en fonction de l'âge jusqu'au 1er janvier de l'année de ses 19 ans.

DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, La Mutuelle adressera à l'adhérent par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de quarante jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité.

Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

En cas de mise en demeure dans le cadre du non-paiement de tout ou partie de la cotisation due par le membre participant, des frais de poursuites et de recouvrement seront appliqués à son encontre, pour un montant forfaitaire de quinze euros.

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 décès du membre participant ;**
- **en cas de résiliation par le membre participant à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, au choix du membre participant :**

  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 lorsque le membre participant réside en métropole,

  - à Miltis - Basse Gondeau Californie - Impasse Pétunia - Immeuble Les Coraux - 97232 Le Lamentin, lorsque le membre participant réside dans les DROM,

  3° Soit par acte extrajudiciaire,

  4° Soit, lorsque Miltis propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication,

  5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

  En cas d'exercice d'une des facultés de résiliation précitées, le membre participant peut notifier sa demande via la fonctionnalité prévue à cet effet sur son espace adhérent. Miltis ou son gestionnaire confirme la réception de la notification et informe le membre participant par tout support durable, dans des délais raisonnables, de la date à laquelle le contrat prend fin et des effets de la résiliation. 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, Miltis ou son gestionnaire 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 le membre participant à l'échéance annuelle au 31 décembre, en utilisant tout support énuméré ci-avant et prévu par 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 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 membre participant.

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

CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le membre participant doit informer la mutuelle 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.

EXONÉRATION DES COTISATIONS

En cas de décès accidentel du membre participant ou de son conjoint inscrit au dossier, gratuité pendant deux ans des cotisations "Frais de santé", du conjoint et des enfants inscrits au dossier au jour du décès. Cette prestation s'applique également à la Réunion, à la Martinique et à la Guadeloupe. Pour bénéficier de l'exonération des cotisations "Frais de santé", adressez le certificat de décès à : La Mutuelle - Service Prestations Prévoyance - 69445 Lyon cedex 03.

EXAMENS DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de mécontentement dans l'application du contrat, le réclamant peut adresser une réclamation :

- à Miltis, au travers de l'un des canaux de contacts suivants (pour les réclamants en Métropole) :
  - dépôt d'un formulaire de réclamation en ligne, au sein de son espace personnel sécurisé, accessible à l'adresse suivante : www.mutuelle-miltis.fr, rubrique "Espace adhérent" ;
  - e-mail adressé à serviceclient@alptis.fr, en précisant son numéro de membre participant le cas échéant ;
  - courrier adressé au Service Client Miltis - 25 cours Albert Thomas - 69003 Lyon, en précisant son numéro de membre participant le cas échéant.

ou

- à Miltis, au travers de l'un des canaux de contacts suivants (pour les réclamants dans les DROM) :
  - dépôt d'un formulaire de réclamation en ligne, au sein de son espace personnel sécurisé, accessible à l'adresse suivante : www.mutuelle-miltis.fr, rubrique "Espace adhérent" ;
  - e-mail adressé à serviceclient@miltis.fr, en précisant son numéro de membre participant le cas échéant ;
  - courrier adressé au Service Client de Miltis - Basse Gondeau Californie - Impasse Pétunia - Immeuble Les Coraux - 97232 Le Lamentin, en précisant son numéro de membre participant le cas échéant.

Miltis 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 Miltis n'a pas répondu dans le délai de 2 (deux) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le réclamant peut saisir le Médiateur CMAP dans le délai d'un an après l'envoi de la première réclamation écrite auprès de Miltis, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu selon les modalités suivantes :

- soit via le formulaire à disposition sur le site du CMAP à l'adresse : www.mediateur-conso.cmap.fr
- soit par courrier électronique à : consommation@cmap.fr
- soit par courrier postal l'adresse suivante : CMAP - Service Médiation de la consommation - 39 avenue Franklin Roosevelt - 75008 Paris

Le réclamant doit impérativement préciser au CMAP l'objet du litige et lui adresser toutes les pièces du dossier. A défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'à la condition qu'aucune action en justice n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties qui peuvent en toute liberté, saisir éventuellement le tribunal compétent.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies par la Mutuelle Miltis font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude. 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. 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 de la Mutuelle Miltis et, le cas échéant, l'intermédiaire en assurances, le délégataire de gestion, le réassureur, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. La Mutuelle Miltis prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Enfin, si le contrat donne accès aux services «Prévention, conseil médical et consultation en ligne - Second avis médical» et si le bénéficiaire des prestations choisit d'y avoir recours, ses données personnelles seront traitées en vue de déterminer son éligibilité aux services. Ce traitement sera effectué conjointement par Miltis et Teladoc Health France Service Médical.

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. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à : Mutuelle Miltis, 25 cours Albert Thomas, 69003 Lyon ou contact-cnil@miltis.fr. 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. La Mutuelle Miltis se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre Charte de protection des données à caractère personnel sur https://www.mutuelle-miltis.fr.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES APPLICABLES AUX TRAVAILLEURS NON SALARIÉS AYANT OPTÉ POUR LE BÉNÉFICE DE LA LOI MADELIN

Pour les niveaux 1 à 4, les travailleurs non salariés, non agricoles peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale de leurs cotisations pour le présent contrat, s'ils remplissent les conditions prévues par cette loi. Ils doivent notamment être à jour du paiement des cotisations dues au titre de leurs régimes obligatoires.

Pour ces membres participants, l'adhésion au règlement mutualiste entraîne concomitamment l'adhésion à l'association Alptis.

La déduction fiscale n'est pas possible pour le niveau "Hospi seule".

Lorsque le membre participant a opté pour le bénéfice de la loi Madelin, le document ci-dessus constitue la notice d'information contractuelle prévue à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité. Il reprend les dispositions du contrat collectif à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction n° MSRM 17 souscrit entre :

- **d'une part l'association Alptis, 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03,**
- **et d'autre part l'organisme assureur Miltis, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN 417 934 817), dont le siège social est situé 25 cours Albert Thomas - 69003 LYON.**

Le contrat est ouvert aux membres de l'association Alptis.

La gestion du contrat est déléguée à Alptis Assurances, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Le niveau de garantie est précisé dans le certificat d'adhésion.

Le contrat s'inscrit dans le cadre des dispositifs législatifs des contrats responsables et solidaires. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code de la mutualité. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

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

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

DP Luminéis-27 - 08/2026