



**Mon Gustave**  
le comparateur #malin



**Mutuelle Santé**

**Conditions générales**

**Comparez les offres**

**[www.mongustave.fr](http://www.mongustave.fr)**

# Règlement mutualiste Dispositions particulières

**GAMME Wsanté**



Ces garanties sont exclusivement distribuées par le Cabinet Wilhelm

## REGLEMENT MUTUALISTE

### GAMME WSANTE

#### OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le présent règlement est régi par le Code de la mutualité et a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant et honoraire et la mutuelle conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du Code de la mutualité. Il a été adopté par le Conseil d'Administration de la mutuelle conformément aux règles générales en matière d'opérations individuelles fixées par l'Assemblée Générale.

#### MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Conformément aux articles L.114-9 et L.114-7 du Code de la mutualité, et des statuts de la mutuelle, toute modification du présent règlement est décidée par le Conseil d'Administration et s'impose aux membres participants dès notification.

#### ADHÉSION À LA MUTUELLE

L'adhésion à la mutuelle est matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion. Avant la signature, la mutuelle doit avoir remis au membre participant les statuts de la mutuelle, le présent règlement mutualiste et les dispositions particulières correspondant à la garantie choisie. C'est sur le bulletin d'adhésion que le membre participant indique la ou les garantie(s) choisie(s).

#### DROIT D'ADHÉSION

L'Assemblée Générale de la mutuelle en application de l'article 20 des statuts a fixé un droit d'adhésion à la mutuelle. Ce droit d'adhésion s'élève à vingt (20) euros. Cette somme est perçue une fois pour toutes lors de la première adhésion.

#### FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées et modifiées par le Conseil d'Administration conformément aux règles générales en matière d'opérations individuelles fixées par l'Assemblée Générale de la mutuelle. Toute modification est portée à la connaissance des membres participants.

#### PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège de la mutuelle ou de son délégataire, du bulletin d'adhésion complété et signé sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1ère cotisation. Des délais d'attente peuvent éventuellement s'appliquer.

#### FIN DE L'ADHÉSION

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle de son contrat.

Le membre participant qui aurait porté ou tenté de porter volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle se verra exclu de la mutuelle conformément aux dispositions de l'article 11 des statuts.

#### FAUSSE DÉCLARATION

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

#### PRESCRIPTION

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

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

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

**Toutefois, ce délai ne court :**

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

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

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

**La prescription est portée à dix ans lorsque, (...) le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, 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 avec avis de réception adressé 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.**

**\*Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant 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 civile 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.**

## **SUBROGATION**

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposé, à due concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part de l'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice d'esthétique et d'agrément. De même qu'en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

## **CONTRÔLE**

Conformément au Code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

## **FONDS DE GARANTIE**

Il existe un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance instauré par le décret n° 2011-733 du 27 juin 2011 (article L.431-1 du Code de la mutualité).

## DISPOSITIONS PARTICULIERES

### GAMME WSANTE

#### Contrat responsable

## LEXIQUE

### 100% SANTE

Dispositif par lequel les bénéficiaires des prestations peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, 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 PREVENTION

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 deuxième molaires permanentes,
  - N'intervienne qu'une fois par dent,
  - Soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième (14<sup>ème</sup>) anniversaire.
- 2) Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectuée en deux séances maximum) – SC12.
- 3) Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024) à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- 4) Dépistage hépatite B (code 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 les actes suivants :
  - Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010)
  - Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)
  - Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011)
  - Audiométrie tonale ou vocale (CDQP012)
  - Audiométrie tonale avec tympanométrie (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.

**BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS** : Le membre participant et éventuellement ses ayants droit affiliés : son conjoint et leurs enfants (âgés de moins de 25 ans en apprentissage ou étudiant), affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

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

**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.

**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 PARTICULIERES** : 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.

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

**MEMBRE PARTICIPANT** : Personne physique qui adhère à une garantie de la gamme Wsanté.

**PETIT APPAREILLAGE**

Le petit Appareillage (orthèses) comprend les bandages, genouillères, ceintures, corsets, appareils de correction (attelles, etc.), semelles orthopédiques, chaussures adaptées, bas de contention etc.

**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 et les aides auditives retenues dans les paniers 100 % Santé auront, à compter respectivement du 1<sup>er</sup> janvier 2020 et du 1<sup>er</sup> janvier 2021, 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 MODERATEUR (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.

## DESRIPTIF 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 (RB).

Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base, à l'exception de l'équipement optique dans lequel les forfaits en euros incluent la part du régime de base.

Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie. 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 présentes dispositions particulières.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant 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 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". De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1° de l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.**

## PRODUIT WIS

	WIS1	WIS2	WIS3	WIS4	WIS5	WIS6
<b>SOINS COURANTS</b>						
<b>Honoraires médicaux</b>						
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	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	175% BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
• Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	105% BRSS	130% BRSS	155% BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS
Honoraires paramédicaux	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100% BRSS
Analyses et examens de laboratoires	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	175% BRSS	200% BRSS	250% BRSS
<b>Médicaments</b>						
Pris en charge par le régime de base	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
<b>Matériel médical</b>						
Petit appareillage	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	175 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
Prothèses capillaires	/	/	100 € /an	100 € /an	150 € /an	180 € /an
Prothèses orthopédiques	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	175 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
<b>Transport</b>	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS
<b>SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER</b>						
Pris en charge par le régime de base	100% BRSS	105% BRSS	130% BRSS	155% BRSS	180% BRSS	200% BRSS
<b>HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE, A DOMICILE, ETABLISSEMENTS ET UNITES SPECIALISES</b>						
Frais de séjour - secteur conventionné	100 % BRSS	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour - secteur non conventionné	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
<b>Honoraires</b>						
• Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	175 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
• Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	105 % BRSS	130 % BRSS	155 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière ( <b>hors psychiatrie</b> )	/	30 € /jour	40 € /jour	50 € /jour	60 € /jour	70 € /jour
Lit accompagnant enfant moins de 16 ans	/	10 € /jour	10 € /jour	15 € /jour	15 € /jour	20 € /jour
Frais location TV	/	4 € /jour	4 € /jour	4 € /jour	4 € /jour	4 € /jour
<b>DENTAIRE</b>						
<b>Soins et prothèses du panier 100% santé*</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
<b>Soins et prothèses hors panier 100% santé</b>						
Soins (y compris parodontologie, inlay, onlay) pris en charge par le régime de base	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	175 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
Radios pris en charge par le régime de base	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	175 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
Prothèses prises en charge par le régime de base	125 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	175 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS



Orthodontie prise en charge par le régime de base	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	175 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
Implants, orthodontie, parodontologie, non pris en charge par le régime de base	/	100 €/an	125 €/an	150 €/an	200 €/an	250 €/an
Plafond dentaire annuel ( <b>hors soins</b> ) 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année incluant les montants remboursés dans le panier 100% santé	/	/	/	/	1 000 €	1 500 €
Plafond dentaire annuel ( <b>hors soins</b> ) 3 <sup>ème</sup> année et suivantes incluant les montants remboursés dans le panier 100% santé	/	/	/	/	1 500 €	2 500 €
<b>OPTIQUE</b>						
<b>Équipement (1 monture <sup>(1)</sup> + 2 verres) de classe A, B ou mixte <sup>(2)</sup> 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</b>						
<b>Équipement du panier 100% santé* : verres et montures de classe A <sup>(3)</sup></b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
<b>Prestations hors panier 100% santé</b>						
- Equipement 2 verres simples <sup>(4)</sup>	100 €	150 €	190 €	230 €	280 €	320 €
- Equipement 1 verre simple + 1 verre complexe <sup>(5)</sup>	150 €	175 €	210 €	250 €	300 €	350 €
- Equipement 1 verre simple + 1 verre très complexe <sup>(6)</sup>	150 €	175 €	210 €	250 €	300 €	350 €
- Equipement 2 verres complexes	200 €	200 €	230 €	270 €	320 €	380 €
- Equipement 1 verre complexe + 1 verre très complexe	200 €	200 €	230 €	270 €	320 €	380 €
- Equipement 2 verres très complexes	200€	200€	230€	270€	320€	380€
- Suppléments et prestations	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Lentilles prises ou non prises en charge par le régime de base <sup>(7)</sup>	25 €/an	45€/an	60€/an	75€/an	90€/an	100€/an
Chirurgie réfractive	50 € /oeil	130 €/oeil	150 € /oeil	180 € /oeil	210 € /oeil	250 € /oeil
<b>AIDES AUDITIVES</b>						
<b>Équipement du panier 100% santé* à compter du 01/01/2021 : aides auditives de classe I</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
<b>Prothèses auditives hors panier 100% santé</b>						
Aide auditive de Classe I jusqu'au 31/12/2020 et Aide auditive de Classe II	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS + 150 €/an	175 % BRSS + 150 €/an	200 % BRSS + 180 €/an	250 % BRSS + 200 €/an
Autres prestations liées aux aides auditives	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
<b>PREVENTION</b>						
Actes pris en charge par le régime de base	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Séances ostéopathie, étiothérapie, chiropraxie, homéopathie, acupuncture, pédicure, podologue <sup>(8)</sup>	/	30€/séance (limité à 2 séances/an)	30€/séance (limité à 3 séances/an)	30€/séance (limité à 4 séances/an)	30€/séance (limité à 4 séances/an)	30€/séance (limité à 5 séances/an)
Vaccins non pris en charge par le régime de base	20 €/an	30 €/an	40 €/an	50 €/an	60 €/an	70 €/an
Pilule contraceptive non prise en charge par le régime de base	/	20 €/an	20 €/an	20 €/an	40 €/an	40 €/an
<b>CURE THERMALE prise en charge par le régime de base <sup>(9)</sup></b>						
Honoraires						
• Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	130 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS
Frais d'établissement	100% BRSS	100% BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Frais de transport et d'hébergement	/	/	100 €/an	150 €/an	180 €/an	200 €/an
<b>SERVICES</b>						
Militis Assistance incluse	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Tiers payant inclus et remboursements automatisés par télétransmission	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI



\*Tels que définis règlementairement.

(1) **Monture : la prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique est au maximum de cent euros (100,00 €) (hors monture classe A).**

(2) Equipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B)

(3) **PLV de la monture classe A : 30 euros.**

(4) **Définition de la correction verres simples**

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

(5) **Définition de la correction verres complexes**

- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

(6) **Définition de la correction verres très complexes**

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(7) Remboursement limité par année d'adhésion et par bénéficiaire dans la limite des frais engagés, sur présentation de la prescription pour les lentilles refusées.

(8) 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.

(9) Participation payable sur présentation des justificatifs dans la limite des frais engagés.

## PRODUIT SEN (Fermé à la vente depuis le 01 janvier 2018)

	SEN1	SEN2
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations et visites		
• Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	175 % BRSS	300 % BRSS
• Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	155 % BRSS	200 % BRSS
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	150 % BRSS	300 % BRSS
• Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	130 % BRSS	200 % BRSS
Honoraires paramédicaux	100% BRSS	100% BRSS
Analyses et examens de laboratoires	150 % BRSS	300 % BRSS
<b>Médicaments</b>		
pris en charge par le régime de base	100% BRSS	100% BRSS
<b>Matériel médical</b>		
Prothèses orthopédiques	270 % BRSS	270 % BRSS
Petit appareillage	270 % BRSS	270 % BRSS
Transport	100 % BRSS	100 % BRSS
<b>SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER</b>		
Pris en charge par le régime de base	155 % BRSS	200 % BRSS
<b>HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE, A DOMICILE, ETABLISSEMENTS ET UNITES SPECIALISES</b>		
Frais de séjour en secteur conventionné	100 % BRSS	Frais réels
Frais de séjour en secteur non conventionné	100 % BRSS	300 % BRSS
Honoraires		
• Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	300 % BRSS
• Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	200 % BRSS
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (exclue en psychiatrie)	50€/jour	80€/jour
Lit accompagnant	8€/jour limité à 20 jours/hospitalisation	8€/jour limité à 20 jours/hospitalisation
Frais location TV	2€/jour limité à 72€/hospitalisation	2€/jour limité à 72€/hospitalisation
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins et prothèses du panier 100% santé*</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
<b>Soins et prothèses hors panier 100% santé</b>		
Soins (y compris inlay, onlay, parodontologie) pris en charge par le régime de base	150 % BRSS	300 % BRSS
Radios pris en charge par le régime de base	150 % BRSS	300 % BRSS
Prothèses prises en charge par le régime de base	253 €	440 €
Orthodontie prise en charge par le régime de base (sur la base d'un TO 90 <sup>(1)</sup> )	400 €	600 €
Orthodontie non prise en charge par le régime de base	600 €	600 €
Bridge dentaire	644 €	1 120 €
Appareil stellite	322 €	560 €
Implants non pris en charge par le régime de base	253 € par implant	440 € par implant
Plafond dentaire annuel (hors soins) incluant les montants remboursés dans le panier de soins 100% santé	1 550 €	2 500 €

<b>OPTIQUE</b>		
<b>Équipement (1 monture <sup>(2)</sup> + 2 verres) de classe A, B ou mixte <sup>(3)</sup> 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</b>		
<b>Équipements du panier 100 % Santé* – Verres et Montures de Classe A <sup>(4)</sup></b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
<b>Prestations hors panier 100% santé</b>		
- Equipement 2 Verres simples <sup>(5)</sup>	280 €	450 €
- Equipement 1 verre simple + 1 verre complexe <sup>(6)</sup>	300 €	480 €
- Equipement 1 verre simple + 1 verre très complexe <sup>(7)</sup>	320 €	500 €
- Equipement 2 verres complexes	320 €	510 €
- Equipement 1 verre complexe + 1 verre très complexe	340 €	530 €
- Equipement 2 verres très complexes	360 €	550 €
-Suppléments et prestations	100% BRSS	100% BRSS
Lentilles prises ou non prises en charge par le régime de base <sup>(8)</sup>	280 €/an	350 €/an
Chirurgie réfractive	153 €/oeil	153 €/oeil
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>Equipement 100% santé* prothèses auditives à compter du 01/01/2021</b>	<b>Frais réels</b>	<b>Frais réels</b>
<b>Prothèses auditives hors panier 100% Santé</b>		
Aide auditive de Classe I jusqu'au 31/12/2020 et Aide auditive de Classe II	100 % BRSS + 340 €/an	100 % BRSS + 500 €/an
Autres prestations liées aux aides auditives	100% BRSS	100% BRSS
<b>CURES THERMALES prises en charge par le régime de base <sup>(9)</sup></b>		
Honoraires		
• Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BRSS	200 % BRSS
• Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	130 % BRSS	180 % BRSS
Frais d'établissement	150 % BRSS	200 % BRSS
Frais de transport et d'hébergement	269 €/an	269 €/an
<b>PREVENTION</b>		
Actes pris en charge par le régime de base	100 % BRSS	100 % BRSS
Séances ostéopathie, étioopathie, chiropractie, homéopathie, acupuncteur, pédicure, podologue <sup>(10)</sup>	23 €/séance (limité à 6 séances/an)	40 €/séance (limité à 6 séances/an)
Ostéodensitométrie non prise en charge par le régime de base	23 €/acte	23 €/acte
Sevrage tabagique pris ou non pris en charge par le régime de base	50 €/an	50 €/an
Vaccin anti-grippe non pris en charge par le régime de base	Frais réels	Frais réels
<b>SERVICE</b>		
Miltis assistance incluse	OUI	OUI
Tiers payant inclus et remboursements automatisés par télétransmission)	OUI	OUI

\*Tels que définis réglementairement.

**(1)** TO 90 : Traitement Orthodontie pour un semestre

**(2) Monture : la prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique est au maximum de cent euros (100,00 €) (hors monture classe A).**

**(3)** Equipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).

**(4) Prix limite de vente de la monture en classe A : 30 euros**

**(5) Définition de la correction verres simples**

- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

**(6) Définition de la correction verres complexes**

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

**(7) Définition de la correction verres très complexes**

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(8) Remboursement limité par année d'adhésion et par bénéficiaire dans la limite des frais engagés, sur présentation de la prescription pour les lentilles refusées.

(9) Participation payable sur présentation des justificatifs dans la limite des frais engagés.

(10) 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.

## DISPOSITIONS PARTICULIERES

### OBJET DE LA GARANTIE

La garantie WIS ou SEN 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.

### DELEGATION DE GESTION

La gestion administrative de la gamme Wsanté est confiée à Alptis Assurances, dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, ci-après dénommé le Gestionnaire.

### ADHESION ET VIE DE LA GARANTIE

#### CONDITIONS D'ADHESION

##### **Conditions communes aux produits WIS et SEN**

Pour être assurable au titre de la présente garantie, le membre participant et ses éventuels ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine (hors Monaco) 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.

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 l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévu aux articles L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.**

##### **Condition spécifique pour au produit SEN**

Le produit était ouvert à l'adhésion uniquement pour les personnes âgées d'au moins 57 ans. Il est fermé à la vente depuis le 01 janvier 2018.

#### FORMALITÉS D'ADHESION

Le membre participant doit compléter, signer et dater un bulletin d'adhésion, en indiquant la garantie choisie et les éventuels ayants droit à garantir.

#### PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège du Gestionnaire de la demande d'adhésion complétée et signée sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation.

#### DROIT DE RENONCIATION

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

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (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**

La garantie est vendue à distance si elle est conclue au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de la garantie à distance.

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge du membre participant (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

##### **Informations précontractuelles en cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile**

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, 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). 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 à Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de 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 signé le (date).....  
A..... Le .....  
Signature

### PRISE D'EFFET DES GARANTIES

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.

### MODIFICATION DE LA GARANTIE

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) pour un effet au 1<sup>er</sup> janvier ou au 1<sup>er</sup> juillet suivant la demande.

La demande de modification de la garantie, adressée au gestionnaire, devra se faire par lettre recommandée avec avis de réception en respectant un délai de préavis de 2 mois.

### 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.

### CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le membre participant doit informer le Gestionnaire par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations :

- d'un changement familial (mariage, décès, naissance, adoption, concubinage, pacte civil de solidarité (PACS)) sur présentation d'un justificatif ;
- 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 du département de résidence ;
- d'un changement du régime de base ;
- d'un changement de compte bancaire débité.

## **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.

### HOSPITALISATION

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.

### MEDICAMENTS

La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la sécurité sociale est disponible sur le site [medicaments.gouv.fr](http://medicaments.gouv.fr).

### 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 limite 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 deux ans 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 - 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 DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS (HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE)

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.

### 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 de 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 (sur les niveaux WIS5, WIS6, SEN1 et SEN2) 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.

**AIDES AUDITIVES**

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100 % Santé et les actes hors panier 100 % Santé. Les prestations relevant du panier 100 % Santé s'appliquent à compter du 01.01.2021.

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 limite 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 à compter du 1er janvier 2021 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 1<sup>er</sup> janvier 2021 et tient compte des 4 (quatre) années antérieures.**

**CURES THERMALES**

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

**PREVENTION**

Les actes pris ou non pris en charge par le régime de base sont remboursés dans les limites prévues au descriptif de prestations.

Les actes réalisés par des praticiens doivent l'être par des professionnels 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.

**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. Les règlements sont effectués en France et en euros.

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT**

**TÉLÉTRANSMISSION**

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 (**territoire français**) 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.

## **RISQUES EXCLUS**

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

- la guerre civile et étrangère ;
- la désintégration du noyau atomique ;
- 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.

**La garantie dite "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.**

**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 DE PRESTATIONS**

**Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré 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".**

## 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 l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée, adressée à Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, avec un préavis de 2 mois (avant le premier novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre) ;
- en cas de 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.

## COTISATIONS

### MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est fonction du niveau de garantie, du département de résidence principale du membre participant, de l'âge du membre participant 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.

La gratuité de la cotisation à partir du 3<sup>ème</sup> enfant cesse lorsque l'enfant qui bénéficiait auparavant de cette gratuité, a atteint l'âge de 25 ans au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de cotisation calculée et est toujours ayant droit du membre participant.

### EXEMPTION DU DROIT D'ADHESION

Le droit d'adhésion fixé au règlement mutualiste n'est pas dû pour les adhésions à la Gamme Wsanté.

### PAIEMENT DES COTISATIONS

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

### VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Outre l'évolution en fonction de l'âge\*, les cotisations peuvent également évoluer au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution des dépenses de la Sécurité sociale, et des résultats du groupe assuré.

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 tant que ces derniers répondent à la définition de « bénéficiaires des prestations » telle que définie au sein des présentes dispositions particulières (cf. lexique).

### DEFAUT 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 au membre participant 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.**

## DISPOSITIONS DIVERSES

### EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le membre participant peut adresser une réclamation à Miltis, 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, accessible à l'adresse suivante : [www.mutuelle-miltis.fr](http://www.mutuelle-miltis.fr), rubrique « Espace adhérent ».
- e-mail adressé à [serviceclient@alptis.fr](mailto:serviceclient@alptis.fr), en précisant son numéro d'adhérent ;
- courrier adressé au Service Client Miltis - 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON, en précisant son numéro de membre participant.

Miltis en accusera réception dans un délai maximum de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse a pu lui être apportée au cours de ce délai) et répondra à l'adhérent dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, le membre participant pourra saisir le Médiateur de la Fnim dans un délai d'un an à compter de sa réclamation auprès du Gestionnaire selon les modalités suivantes :

- Soit par courrier : Médiateur de la Fnim, 4 avenue de l'Opéra, 75001 - Paris
- Soit par courriel à l'adresse : [mediateur@fnim.fr](mailto:mediateur@fnim.fr)

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse 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 Alptis Assurances 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 la fraude et de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting et d'amélioration des services proposés, 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 s'Alptis Assurances, l'organisme assureur, le réassureur, l'intermédiaire en assurance ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Alptis Assurances prend 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. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à : Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas, 69445 Lyon Cedex 03 ou contact-cnif@alptis.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.

Alptis Assurances 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.alptis.fr>

## DISPOSITIONS SPECIFIQUES APPLICABLES AUX TRAVAILLEURS NON-SALARIES AYANT OPTÉ POUR LE BÉNÉFICE DE LA LOI MADELIN

Le travailleur non salarié, non agricole en activité peut bénéficier de la déductibilité fiscale de ses cotisations pour le présent contrat, s'il remplit les conditions prévues par cette loi. Il doit notamment être à jour du paiement de ses cotisations dues au titre de son régime obligatoire, et éventuellement de celles de son conjoint et de ses enfants.

Le travailleur non salarié, non agricole en activité est par ailleurs adhérent de l'association Alptis.

**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 Assurance, 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.**

# Annexe 1

## Le 100% santé

### Qu'est-ce que le 100% Santé ?

Le **100% SANTÉ** vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique, aides auditives défini par décret à partir de 2020. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon les niveaux de garanties prévus au tableau de prestations que vous avez choisi.

Le contrat est éligible aux dispositifs 100% SANTÉ, permettant ainsi le zéro reste à charge pour l'adhérent au titre des contrats responsables. La prise en charge des prestations est réalisée dans les plafonds limites de ventes fixées par le contrat responsable. Les postes de garanties concernées par le 100% SANTÉ sont l'Optique, Dentaire et les aides auditives.

#### Optique :

La prise en charge des équipements optiques est assurée uniquement pour les indications suivantes astigmatisme, hypermétropie, myopie, presbytie, amblyopie.

Verres : Le panier 100% SANTE est constitué des verres de la Classe A. Ces verres sont composés de verres durcis, amincis (selon la correction) et avec des antireflets.

Prise en charge des verres de Classe A : Le Prix Limite de Vente TTC des principales lignes génériques sont fixés dans la réforme 100% SANTÉ, à compter du 1<sup>er</sup> Janvier 2020 pour les équipements (monture et deux verres) de Classe A.

#### Dentaire :

Les plafonds limite de vente sont fixes dans la cadre de la réforme 100% Sante (*cf. site du Ministère de la Santé*).

#### Aides auditives :

Le plafond limite de vente et de prise en charge par les contrats responsables limitera le remboursement total comme indique dans la réforme 100% Sante.

Renouvellement de l'équipement : la durée minimale avant un renouvellement de l'aide auditive est de 4 (quatre) ans (pour chaque oreille indépendamment, après date de délivrance de l'aide précédente), sous réserve d'évolution de la réforme.

Cette 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.

Garanties incluses dans le panier 100% santé	Remboursement sur les formules (hors HOSPITALISATION SEULE)	Composition du panier	Mise en vigueur
<b>Optique : équipement optique</b>			
Monture	Dans la limite de 100€ <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à trente euros (30,00€) ;</li> <li>Chaque opticien aura au minimum dix-sept (17) modèles différents de montures adultes « 100% santé » en deux coloris différents.</li> </ul>	A compter du 01/01/2020
Verres	Entièrement remboursés <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verres traitant l'ensemble des troubles visuels ;</li> <li>Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures et traitement antireflet obligatoires.</li> </ul>	
<b>Dentaire</b>			
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire) et inlays-onlays	Entièrement remboursé <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Couronnes céramiques monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et première prémolaire) ;</li> <li>Couronnes céramiques monolithique zircons (incisives et canines) ;</li> <li>Couronnes métalliques tout localisation.</li> <li>Inlays core et couronnes transitoires</li> <li>Bridges céramo-métalliques (incisives et canines)</li> <li>Bridges full zircon et métalliques toute localisation ;</li> <li>Prothèses amovibles à base résine</li> </ul>	A compter du 01/01/2020 de manière progressive
Inlay-core			
Prothèses dentaires			
<b>Aides auditives</b>			
Prothèse auditives	Entièrement remboursé <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concerne tous les appareils : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté ou intra-auriculaire ;</li> <li>Au moins douze (12) canaux de réglage (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif ; système permettant amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ;</li> <li>Quatre (4) ans de garantie ;</li> <li>Au moins trois (3) des options suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Système anti-acouphène,</li> <li>○ Connectivité sans fil,</li> <li>○ Réducteur de bruit du vent,</li> <li>○ Synchronisation binaurale,</li> <li>○ Directivité microphonique adaptative,</li> <li>○ Bande passante ≥ 6000 Hz,</li> <li>○ Fonction apprentissage de sonie,</li> <li>○ Système anti-réverbération.</li> </ul> </li> </ul>	A compter du 01/01/2021

<sup>1</sup> Le panier «100% santé » (classe A) prévoit un remboursement sur les montures de trente euros (30,00€)  
En offre combinée (verres 100% santé et montures de classe B), le plafond de remboursement des montures est fixé à cent euros (100,00€)

<sup>2</sup> Dans les limites qui figurent dans les présentes dispositions particulières.

## Les dates à retenir ?

<b>A partir de 2019</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les tarifs du panier « 100% santé » seront plafonnés en aides auditives (dès janvier) et en dentaire (dès avril)</li> <li>• Le remboursement des aides auditives (Sécurité sociale + complémentaire) augmentera de cent euros (100,00€)</li> <li>• Au total, le reste à charge pour les assurés diminuera de deux cents euros (200,00€) en moyenne pour les aides auditives (audioprothèses)</li> </ul>
<b>A partir de 2020</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'offre « 100% santé » sera garantie en optique ainsi que pour une partie du panier dentaire</li> <li>• Pour les aides auditives, le plafond des tarifs sera abaissé de deux cents euros (200,00€) et le remboursement « Sécurité sociale + complémentaire » augmenté de cinquante euros (50,00€), soit un gain de reste à charge de deux-cent cinquante euros (250,00€) en moyenne</li> </ul>
<b>A partir de 2021</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'offre « 100% santé » sera garantie pour le reste du panier dentaire, ainsi que pour les aides auditives</li> </ul>

**Cabinet Wilhelm** : Intermédiaire d'assurance, coconcepteur et distributeur du contrat  
 Siège social : 77 Boulevard Charles de Gaulle, 64140 LONS  
 Société Anonyme au capital de 300 000 euros – RCS Lons 497 603 605  
 Entreprise de courtage et conseils en assurances - N° ORIAS 07 027 064 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr)  
 Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 Place de Budapest-CS 92459 -75436 PARIS  
 Cedex 09

**Alptis Assurances** : Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat  
 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73  
 Email : [serviceclient@alptis.fr](mailto:serviceclient@alptis.fr) • Internet : [www.alptis.org](http://www.alptis.org)  
 Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850  
[www.orias.fr](http://www.orias.fr) - N° TVA : FR37335244489  
 Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

**Miltis** : Assureur du contrat  
 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • Tél : 04 72 36 16 60 • Fax : 04 72 36 23 48 • [www.mutuelle-miltis.fr](http://www.mutuelle-miltis.fr) Mutuelle  
 soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)