



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

[sans questionnaire médical]



100% SANTÉ

Notice d'information

Santé Plurielle

PRÉAMBULE _____ 2

DESCRIPTIF
DES PRESTATIONS ET
DISPOSITIONS
SPÉCIFIQUES _____ 3

CONDITIONS
GÉNÉRALES _____ 9

Assistance Santé _____ 18

Protection
Juridique Santé _____ 27

Exonération
des cotisations
Santé _____ 30

SANTÉ[®]

PLURIELLE

Le présent document constitue la notice d'information, prévue par l'article L. 221-6 du Code de la mutualité. Il reprend les dispositions des contrats collectifs à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction n° **MSI 11 Plurielle, 15 70 512** et **Plurielle 15**, souscrits par les associations Alptis, Apti, Alptis Seniors et Alptis Frontaliers auprès des mutuelles Miltis, Groupe Smiso Mutuelles des Cadres et Apicil Mutuelle, mutuelles régies par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité.

Réf : **SANTÉ PLURIELLE**

Il a été conclu des contrats collectifs à adhésion facultative de durée annuelle à tacite reconduction, n° MSI 11 Plurielle, 15-70 512, Plurielle 15 entre :

- d'une part les associations :
 - Alptis dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03,
 - Aпти dont le siège social est situé 21, rue du Mail - BP 4 - 38501 VOIRON CEDEX,
 - Alptis Seniors dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03,
 - Alptis Frontaliers dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, associations régies par la loi de 1901
- et d'autre part les organismes assureurs suivants :
 - Miltis, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817), dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON,
 - Groupe Smiso Mutuelle des Cadres, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 324 310 614), dont le siège social est situé 7-9 Place du Théâtre - 59800 LILLE CEDEX,
 - Apicil Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 302 927 553), dont le siège social est situé 38, rue François Peissel - 69003 CALUIRE ET CUIRE.

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

La distribution et la gestion de ces contrats sont déléguées à Alptis Assurances, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Le nom de l'association auprès de laquelle l'adhésion est effectuée, le nom de l'organisme assureur qui assure vos garanties, le n° du contrat, le niveau de garantie et le cas échéant, le ou les renfort(s) optionnel(s) choisi(s) sont précisés sur votre certificat d'adhésion.

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

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS



Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS*) incluent la prise en charge du régime de base. Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base sauf pour l'optique où les forfaits en euros intègrent l'éventuelle part du régime de base. Les garanties intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie ou des Renforts optionnels.

Toutefois :

- pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de 2 (deux) ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, sauf dérogations prévues dans la Notice d'information (§5•1•3) ;
- pour les aides auditives à compter du 01/01/2021, 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.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.

Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés par 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.

Garanties de base	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale, à domicile, maternité, établissements et unités spécialisés					
Frais de séjour - en secteur conventionné - en secteur non conventionné	Frais Réels 100 % BRSS	Frais Réels 125 % BRSS	Frais Réels 150 % BRSS	Frais Réels 200 % BRSS	Frais Réels 300 % BRSS
Honoraires - 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 105 % BRSS	150 % BRSS 130 % BRSS	200 % BRSS 180 % BRSS	300 % BRSS 200 % BRSS
Chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné (par jour). Exclue en établissements et unités spécialisés (1)	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €
Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux (pris en charge par le régime de base) Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes d'imagerie et d'échographie pris en charge par le régime de base - Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS 100 % BRSS	125 % BRSS 105 % BRSS	150 % BRSS 130 % BRSS	200 % BRSS 180 % BRSS	300 % BRSS 200 % BRSS
Consultations et visites psychiatres, neuropsychiatres et neurologues (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Honoraires paramédicaux (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Analyses et examens de laboratoire (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Transport (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Médicaments (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Actes de Prévention (2) (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Matériel Médical (3) (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Soins inopinés à l'étranger (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
AIDES AUDITIVES (4) (dans la limite d'un équipement par oreille tous les 4 ans à compter du 01/01/2021)					
 100% Santé Equipement du panier 100 % Santé à partir du 01/01/2021 (5) Prothèses auditives : Aide auditive de Classe I	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Prestations hors équipement du panier 100 % Santé - Prothèses auditives : aides auditives de classe II (et aides auditives de classe I jusqu'au 31/12/2020) - Autres prestations liées aux aides auditives (piles...)	100 % BRSS 100 % BRSS	125 % BRSS 125 % BRSS	150 % BRSS 150 % BRSS	200 % BRSS 200 % BRSS	300 % BRSS 300 % BRSS
DENTAIRE					
 100% Santé Soins et prothèses du panier 100 % Santé (6)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Prestations hors soins et prothèses du panier 100 % Santé					
Soins (dont inlays, onlays, scellement des sillons) (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Inlay-core (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Prothèses et orthodontie (prises en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Prothèses, orthodontie, inlay core, parodontologie, implantologie non pris en charge par le régime de base (par année d'adhésion)	-	125 €	150 €	200 €	300 €
Plafond de remboursement par année d'adhésion (hors soins) : 1^{ère} année	-	-	-	-	600 €
Plafond de remboursement par année d'adhésion (hors soins) : 2^e année et suivantes	-	-	-	-	1 200 €

Santé Plurielle

Garanties de base	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
OPTIQUE					
Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixtes (7) dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (tous les ans)					
Équipement du panier 100 % Santé Verres et Montures de Classe A (8) (9) Suppléments et prestations	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Prestations hors équipement du panier 100 % Santé : Verres et montures de Classe B (10)					
Équipement à Verres simples (11)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement à Verres complexes (12)	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
Équipement à Verres très complexes (13)	200 €	325 €	450 €	575 €	700 €
Équipement à Verre simple + Verre complexe	150 €	225 €	300 €	375 €	450 €
Équipement à Verre simple + Verre très complexe	150 €	238 €	325 €	413 €	500 €
Équipement à Verre complexe + Verre très complexe	200 €	313 €	425 €	538 €	650 €
Suppléments et prestations	100 % BRSS	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 année d'adhésion)	100 €	125 €	150 €	175 €	200 €
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie) (remboursement par œil) (14)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
SERVICES					
Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance Santé (se reporter à la Notice APJS)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Protection Juridique Santé (se reporter à la Notice APJS)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter à la notice APJS)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Participation aux actions de prévention santé**	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

RENFORTS OPTIONNELS

RENFORT BIEN ÊTRE	
MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE <ul style="list-style-type: none"> • Shiatsu, acupuncteur • Ostéopathe, chiropracteur, étiope, réflexologue • Naturopathe, phytothérapeute, ergothérapeute • Psychologue, sexologue, psychomotricien, sophrologue, hypnothérapeute • Pédiacre-podologue, diététicien 	<p>25 € par séance (dans la limite de 5 séances par année d'adhésion)</p>
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, de phytothérapie, de gemmothérapie, achetés en officine)	<p>50 % des Frais réels (dans la limite de 50 € par année d'adhésion)</p>
CURE THERMALE Honoraires - Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Frais d'établissement Frais de transport et d'hébergement	<p>220 % BRSS 200 % BRSS 200 % BRSS 200 € par année d'adhésion</p>

RENFORT DOA (DENTAIRE / OPTIQUE / AUDIOPROTHÈSE) (15)	
DENTAIRE Prothèses dentaires et orthodontie, inlay core, parodontie, implantologie, prises ou non prises en charge par le régime de base - Montant de base - Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente - Si aucun remboursement n'est intervenu les deux années précédentes	<p>100 € par année d'adhésion 150 € par année d'adhésion 200 € par année d'adhésion</p>
OPTIQUE Monture (10) et verres (dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, ou tous les ans pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue) Lentilles prescrites remboursées ou non prises en charge par le régime de base, y compris lentilles jetables, chirurgie réfractive	<p>75 € par équipement 50 € par année d'adhésion</p>
AIDES AUDITIVES (dans la limite d'un équipement par oreille tous les 4 ans à compter du 01/01/2021) - Montant de base - Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente - Si aucun remboursement n'est intervenu les deux années précédentes	<p>100 € par année d'adhésion 150 € par année d'adhésion 200 € par année d'adhésion</p>

RENFORT HOSPITALISATION (délai d'attente)	
DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES (Hospitalisation uniquement) - Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	+ 50 % BRSS + 20 % BRSS (16)
CHAMBRE PARTICULIÈRE Renfort du remboursement de base en cas d'hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité	+ 20 €/jour
EXTENSION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CHAMBRE PARTICULIÈRE EN ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS (HORS PSYCHIATRIE) - Montant de base - Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente	30 € par jour (prise en charge maxi 20 jours par an) 30 € par jour (prise en charge maxi 30 jours par an)
SÉJOUR ACCOMPAGNANT	25 € par jour
EXTENSION ASSISTANCE (Cf. notice APJS)	Incluse

***BRSS (Base de Remboursement Sécurité Sociale)** : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

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

- (1) Durée illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale. **Exclue en établissements et unités spécialisés.**
- (2) Tels que définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.
- (3) Dispositifs médicaux au sens de l'article L. 5211-1 du Code de la Santé publique, et les produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.
- (4) **La prise en charge de l'aide auditive est limitée au prix limite de vente pour une aide auditive de classe I, ou à compter du 01/01/2021 à 1 700 € pour une aide auditive de classe II.**
- (5) Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe I à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.
- (6) Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des prestations dentaires définies par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention 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.
- (7) Équipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).
- (8) Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des équipements de classe A à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.
- (9) **Prix limite de vente de la monture en classe A : 30 €.**
- (10) **La prise en charge de la monture de classe B au sein de l'équipement sera au maximum de 100 € (y compris renfort Dentaire / Optique / Audioprothèse).**
- (11) Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et +6 et dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 et dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6.
- (12) 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 et 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.
- (13) 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.
- (14) **La consommation d'un équipement optique ou de lentilles dans l'année exclut tout remboursement au titre de la chirurgie réfractive.**
- (15) **Les prestations du renfort DOA interviennent uniquement en complément des actes hors panier de soins 100 % Santé.**
- (16) **Pour les N4 et N5, le remboursement des dépassements d'honoraires pour les praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est limité à 200 % BRSS.**

Retrouvez toutes les informations complémentaires sur votre espace adhérent.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

LES PRÉSENTES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES PRÉVALENT SUR LES CONDITIONS GÉNÉRALES.

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

Limites d'âge

L'adhérent et ses ayants droit doivent être âgés de moins de 85 ans (**85 ans exclu**), au jour de l'adhésion pour adhérer au niveau 3 et de moins de 80 ans (**80 ans exclu**) pour adhérer aux niveaux 4 et 5 ainsi qu'aux renforts optionnels.

Alsace-Moselle

Pour les bénéficiaires affiliés au régime Alsace-Moselle, la souscription n'est possible qu'à partir du niveau 2.

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

Outre les évolutions prévues au sein des Conditions Générales, la cotisation de la garantie de base évolue contractuellement au 1er janvier de chaque année en fonction de l'âge successivement atteint de :

- 2 % de 20 ans jusqu'à l'âge de 60 ans,
- 3 % à partir de 61 ans.

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

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

3• DÉLAIS D'ATTENTE

3•1 POUR LA GARANTIE DE BASE

Aucun délai d'attente ne s'applique.

3•2 POUR LES RENFORTS OPTIONNELS

Lorsque la souscription du renfort optionnel intervient simultanément avec la garantie de base :

- aucun délai d'attente pour les renforts Bien Être et Dentaire-Optique-Audioprothèse,
- 3 mois de délai d'attente pour le renfort Hospitalisation.

Lorsque la souscription du renfort optionnel intervient ultérieurement :

- 3 mois pour le renfort Bien Être,
- 6 mois pour les renforts Dentaire-Optique-Audioprothèse et Hospitalisation.

Les délais d'attente commencent à courir à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion au(x) renfort(s) optionnel(s) figurant sur le certificat d'adhésion.

4• TIERS PAYANT À L'USAGE (FACULTATIF)

Le Tiers Payant à l'Usage est une option qui permet d'obtenir une réduction de la cotisation annuelle.

L'adhérent bénéficie toujours du Tiers Payant, cependant, son utilisation sera facturée dans les conditions décrites ci-dessous.

4•1 FONCTIONNEMENT

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

Si plusieurs de ces actes sont rattachés à une même facture, les frais de fonctionnement du Tiers Payant ne seront appliqués qu'une seule fois.

Si le bénéficiaire des prestations n'utilise pas son Tiers Payant, les frais ne lui sont pas appliqués et il doit faire parvenir à Alptis Assurances l'original du relevé de remboursement délivré par son régime de base.

Les frais de fonctionnement du Tiers Payant sont dus par l'adhérent et retenus sur le paiement des remboursements ultérieurs.

Le montant des frais de fonctionnement du Tiers Payant est indiqué sur les relevés de prestations.

4•2 MODALITÉ D'ADHÉSION

L'adhérent pourra demander la mise en place du Tiers Payant à l'Usage en cours de contrat, pour un effet au 1er jour du mois qui suit la demande.

La souscription du Tiers Payant à l'Usage est familiale.

L'adhérent pourra à tout moment demander la suppression du Tiers Payant à l'Usage, pour un effet à la date de la réception de la demande.

La suppression du Tiers Payant à l'Usage est familiale. Toute demande de suppression du Tiers Payant à l'Usage est définitive, aucune demande ultérieure de mise en place ne sera acceptée suite à l'enregistrement de la suppression par Alptis Assurances.

4•3 RÉDUCTION TARIFAIRE

Si le Tiers Payant à l'Usage est souscrit, une réduction tarifaire sera appliquée sur la cotisation.

5• GARANTIES

5•1 HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITÉ, À DOMICILE, ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS

Le forfait journalier hospitalier, mentionné dans le descriptif des prestations se trouvant dans votre certificat d'affiliation, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale et fixé par arrêté.

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

Santé Plurielle

- les établissements de médecine, chirurgie, maternité,
- les établissements et unités spécialisés :
 - psychiatriques,
 - soins de suites,
 - réadaptation.

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

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

Ce contrat prend en charge la participation forfaitaire que le régime de base peut laisser à votre charge, si vous bénéficiez d'actes médicaux lourds dont le tarif est supérieur ou égal au plafond fixé par le Code de la Sécurité sociale par l'article R.160-16.

5•2 CHAMBRE PARTICULIÈRE

5•2•1 Pour la garantie de base

Pour les hospitalisations médicales, chirurgicales et maternité : le nombre de jours indemnisés est illimité.

Pour les établissements et unités spécialisés : **exclue pour les établissements et unités spécialisés.**

5•2•2 Pour le renfort optionnel hospitalisation

Pour les hospitalisations médicales, chirurgicales et maternité : le nombre de jours indemnisés est illimité.

Pour les établissements et unités spécialisés :

- **exclue en psychiatrie,**
- en Soins de suite et réadaptation :
 - **le nombre de jours indemnisés est limité à 20 jours par an,**
 - si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente : 30 jours par an.

5•3 SÉJOUR ACCOMPAGNANT

Lorsque les garanties souscrites prévoient le remboursement du séjour accompagnant, les prestations sont allouées sous réserve de justifier une hospitalisation d'au moins une nuit. Le repas et le lit accompagnant sont également pris en charge.

5•4 FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS HORS ÉQUIPEMENTS OPTIQUES

Les montants exprimés en euros, **hors équipements optiques**, sont alloués par année d'adhésion.

5•5 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE (MONTURE + VERRES)

5•5•1 Précisions sur le fonctionnement des actes remboursés

Le descriptif de prestations distingue les équipements de la classe A relevant du panier 100 % Santé et les équipements de la classe B hors panier 100 % Santé. Conformément à la réforme dite "100% Santé", les équipements appartenant à la classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée par le régime de base. En conséquence, une fois le remboursement effectué par la Sécurité sociale et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire dans la limite des Prix Limites de Vente, aucun reste à charge ne sera supporté par l'assuré.

Les équipements de classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux "contrats responsables" et conformément au niveau de garantie souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'assuré.

Lorsque l'assuré choisit une monture de classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 (cent) euros.

Cas particulier pour les équipements mixtes

Les équipements mixtes sont composés d'une part, de verres, et d'autre part d'une monture, de classes différentes (classe A ou B).

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

5•5•1•1 Conditions de renouvellement

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable et par période de 2 (deux) ans pour les assurés âgés de plus de 16 ans, que l'acte relève du panier 100 % Santé ou hors panier 100 % Santé. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).

Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique peut être pris en charge s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.

Les prestations s'appliquent par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans les autres cas, les prestations s'appliquent par période annuelle.

5•5•1•2 Conditions de renouvellement anticipé

Les prestations sont allouées par période annuelle pour les personnes d'au moins 16 ans en cas de renouvellement complet de l'équipement justifié par une évolution de la vue. L'évolution de la vue est constatée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale, qui sera comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance en application de l'article D. 4362-12-1 du Code de la santé publique.

L'évolution de la vue est caractérisée par l'une des situations suivantes :

- Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

Cas particulier du renouvellement anticipé des verres

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable, sous réserve de la présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de la situation médicale particulière, dans les cas suivants :

- pour les personnes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;
- pour toutes personnes, quel que soit l'âge de l'assuré, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

Santé Plurielle

5•6 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS LENTILLES

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion. Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations incluent le cas échéant 100 % du ticket modérateur. Lorsqu'au cours d'une année d'adhésion, le montant du forfait lentilles est épuisé, le remboursement a lieu à hauteur du ticket modérateur, sous réserve de l'intervention du régime de base.

5•7 DENTAIRE

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100 % Santé et les actes hors panier 100 % Santé.

Sont visés par les actes hors panier 100 % Santé, les actes du panier à reste à charge modéré (avec des honoraires limites de facturation, remboursement conformément au niveau de garantie de l'assuré) et les actes du panier à prix libre (absence d'honoraires limites de facturation, remboursement conformément au niveau de garantie de l'assuré). Les plafonds dentaires 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 au ticket modérateur pour le panier hors 100% Santé,
- la prise en charge des actes du panier 100 % Santé se fera à la hauteur des frais réels, et sous déduction des prises en charge du régime de base.

5•8 AIDE AUDITIVE

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100 % Santé et les actes hors panier 100 % Santé. **Le panier 100 % Santé s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2021.**

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

5•9 MÉDICAMENTS

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

5•10 CURES THERMALES

Lorsque les garanties souscrites prévoient le remboursement de cures thermales, seules celles médicalement prescrites et prises en charge par le régime de base sont remboursées.

5•11 ACTE DE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE

Lorsque les garanties souscrites prévoient le remboursement d'actes de médecine complémentaire, les actes non pris en charge par le régime de base, sont remboursés dans les limites prévues au descriptif de prestations. Les actes de médecine complémentaire sont listés dans le descriptif de prestations.

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

5•12 SOINS INOPINÉS À L'ÉTRANGER

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

6• REPORT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS NON UTILISÉS POUR LE RENFORT OPTIONNEL DENTAIRE-OPTIQUE-AUDIOPROTHÈSE

Pour les postes Dentaire et Aides Auditives, si le montant exprimé en euros n'a pas été utilisé au cours d'une année, calculée à partir de la date d'effet du renfort optionnel, 50 % de ce montant s'ajoute au montant de l'année suivante, **dans la limite de 2 (deux) années**, soit au maximum deux fois la valeur initiale du montant de base.

7• EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent peut adresser une réclamation à Alptis Assurances, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

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

Alptis Assurances en accusera réception dans un délai maximum de 10 (dix) jours ouvrables (sauf si une réponse a pu être apportée à l'adhérent au cours de ce délai) et répondra à l'adhérent dans un délai maximum de 2 (deux) mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées. En cas de désaccord sur la réponse apportée, l'adhérent pourra saisir le Médiateur dans le délai d'un an à compter de sa réclamation. Le médiateur compétent dépend de l'organisme assureur auprès duquel le contrat d'assurance est souscrit, ce dernier est mentionné dans votre certificat d'adhésion. Lorsque l'organisme assureur est APICIL Mutuelle, les coordonnées du médiateur sont les suivantes : M. le Médiateur de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15. A défaut, le médiateur compétent est le suivant : M. le Médiateur de la Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles, 4 avenue de l'Opéra 75001 Paris. L'adhérent pourra contacter Alptis Assurances pour obtenir plus de renseignements. Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur peut intervenir pour les litiges opposant un particulier à l'organisme 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 3 (trois) mois. Cet avis ne lie pas les parties. Il est rappelé que l'adhérent a la possibilité de soumettre tout litige auprès du Tribunal compétent. Les modalités de traitement des réclamations sont disponibles sur le site Internet d'Alptis Assurances, à l'adresse www.alptis.org (rubrique "Tous mes contacts / Faire une réclamation").

SOMMAIRE

8• LEXIQUE	P. 10
9• OBJET DU CONTRAT	P. 10
10• ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT	P. 10
10•1 CONDITIONS D'ADHÉSION.....	P. 10
10•2 FORMALITÉS D'ADHÉSION.....	P. 11
10•3 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION.....	P. 11
10•4 DROIT DE RENONCIATION.....	P. 11
10•5 DATE D'EFFET DES GARANTIES.....	P. 11
10•6 MODIFICATION DE GARANTIE.....	P. 11
10•7 DURÉE DE L'ADHÉSION.....	P. 12
10•8 CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS.....	P. 12
11• GARANTIES	P. 12
11•1 RISQUES COUVERTS.....	P. 12
11•2 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES.....	P. 12
11•3 HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS.....	P. 12
11•4 FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE.....	P. 12
11•5 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE.....	P. 12
11•6 DENTAIRE.....	P. 12
11•7 MÉDICAMENTS.....	P. 13
11•8 CURES THERMALES.....	P. 13
11•9 ACTES DE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE.....	P. 13
12• MODALITÉS DE REMBOURSEMENTS	P. 13
12•1 TÉLÉTRANSMISSION.....	P. 13
12•2 TIERS PAYANT.....	P. 13
12•3 PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION.....	P. 13
13• RISQUES EXCLUS	P. 13
14• LIMITE DES PRESTATIONS	P. 14
15• CESSATION DES GARANTIES	P. 14
16• COTISATIONS	P. 14
16•1 MONTANT DES COTISATIONS.....	P. 14
16•2 VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES.....	P. 14
16•3 PAIEMENT DES COTISATIONS.....	P. 14
16•4 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS.....	P. 14
16•5 LOI MADELIN.....	P. 14
17• DISPOSITIONS DIVERSES	P. 15
17•1 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.....	P. 15
17•2 AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE.....	P. 15
17•3 FONDS DE GARANTIE.....	P. 15
17•4 PRESCRIPTION.....	P. 15
17•5 SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION.....	P. 16
17•6 SUBROGATION.....	P. 16
17•7 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION.....	P. 16

8• LEXIQUE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE : dispositif prenant la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (Optam et Optam-Co), lesquelles sont ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1^{er} janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

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

HONORAIRES LIMITES DE FACTURATION (HLF) : les Honoraires Limites de Facturation correspondent à l'honoraire maximal facturable par le chirurgien-dentiste à l'Assuré pouvant faire l'objet d'une entente directe. Ils sont fixés par la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie, approuvée par l'arrêté du 20 août 2018.

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

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

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

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

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

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

9• OBJET DU CONTRAT

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

10• ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT

10•1 CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour être assurables au titre du présent contrat, l'adhérent et ses ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine (y compris Corse) ou dans les DROM (à l'exclusion de Mayotte), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

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

Les renforts optionnels ou packs optionnels ne peuvent être souscrits seuls.

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

Ils doivent en outre respecter les conditions prévues aux dispositions spécifiques du contrat souscrit, le cas échéant.

Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles 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.

10•2 FORMALITÉS D’ADHÉSION

- L’adhérent doit compléter, signer et dater une demande d’adhésion indiquant le niveau de garantie choisi et les éventuels ayants droit à garantir.
- L’adhésion se fait sans formalité médicale.

La signature de la Demande d’Adhésion emporte acceptation des droits et obligations définis dans le présent document.

Conformément aux dispositions de l’article L. 223-1 du Code de la consommation, l’adhérent est informé qu’il existe une liste d’opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s’inscrire. Cette inscription permet à l’adhérent de ne pas être sollicité sur des produits d’assurance auxquels il n’aurait pas souscrit.

10•3 PRISE D’EFFET DE L’ADHÉSION

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

10•4 DROIT DE RENONCIATION

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

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s’appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après) :

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

Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

Article L. 112-2-1 II du Code des assurances

“Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n’entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d’un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités”.

Article L. 221-18 II du Code de la Mutualité

“Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n’entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d’un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités”.

Le contrat est vendu à distance s’il est conclu au moyen d’une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

L’adhérent dispose, dans le cadre du présent contrat, d’un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion du contrat à distance (qui correspond à la date d’émission du certificat d’adhésion). Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge de l’Adhérent (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l’objet d’aucun remboursement.

En cas d’adhésion dans le cadre d’un démarchage à domicile, à résidence ou sur le lieu de travail

Article L. 112-9 du Code des assurances

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

Article L. 221-18-1 du Code de la Mutualité

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

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

Modalités d’exercice du droit de renonciation

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

Modèle de lettre de renonciation :

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

A..... Le

Signature

10•5 DATE D’EFFET DES GARANTIES

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d’effet de la garantie ou de l’inscription au contrat en cas de modification de la situation de la famille figurant sur le certificat d’adhésion.

Lorsque le contrat prévoit des packs ou des renforts optionnels, des délais d’attente peuvent être appliqués. Ils sont mentionnés au sein du descriptif des prestations. Le point de départ du délai d’attente est la date d’effet de la garantie inscrite sur le certificat d’adhésion.

10•6 MODIFICATION DE GARANTIE

Garantie de base

Après un an d’adhésion à la garantie, l’adhérent pourra demander la modification de sa garantie (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur) pour un effet au 1^{er} janvier ou 1^{er} juillet suivant la demande.

Renforts optionnels ou packs optionnels

Lorsque le contrat prévoit des renforts optionnels ou packs optionnels, l'adhérent peut demander à :

- ajouter le ou les renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s), pour un effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande. Les délais d'attente correspondants s'appliquent ;
- résilier son ou ses renfort(s) optionnel(s) ou pack(s) optionnel(s) pour un effet au 1^{er} janvier qui suit la demande.

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

Pour l'ensemble des garanties

Lorsque le contrat en prévoit, les limites d'âge d'accès aux garanties doivent aussi être respectées lors de la modification de la garantie.

En cas de changement de niveau ou de garantie (adhésion à une autre complémentaire santé Alptis), les prestations de 1^{ère} année et les éventuels plafonds dentaires du nouveau niveau ou de la nouvelle garantie s'appliquent.

10•7 DURÉE DE L'ADHÉSION

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

10•8 CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

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

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

11• GARANTIES

11•1 RISQUES COUVERTS

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

Les prestations accordées par l'organisme assureur visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant à l'article "Risques exclus".

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

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

Le contrat dit responsable, prend en charge dans les conditions fixées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- le tiers payant ;
- les prestations liées aux consultations et prescriptions des praticiens dans les conditions définies aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- les prestations liées à la prévention dont la liste est fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

11•2 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont acquises en France et dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas 3 (trois) mois par an. Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France. Le niveau des remboursements est défini dans le poste "Soins inopinés à l'étranger" du descriptif des prestations. Les règlements sont effectués en euros.

11•3 HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, MATERNITÉ, EN ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS

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

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

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

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

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

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

11•4 FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE

Les montants exprimés en euros, **hors équipement optique**, sont alloués par année d'adhésion et par bénéficiaire.

11•5 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable, et définie par les Dispositions spécifiques de votre contrat.

11•6 DENTAIRE

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

11•7 MÉDICAMENTS

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

11•8 CURES THERMALES

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

11•9 ACTES DE MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE

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

12• MODALITÉS DE REMBOURSEMENTS

12•1 TÉLÉTRANSMISSION

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, Alptis Assurances pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base. Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention "nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire" figure sur le décompte de votre régime de base. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est enregistrée à réception des attestations délivrées avec la Carte Vitale de tous les bénéficiaires des prestations inscrits. Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les bénéficiaires des prestations doivent adresser à Alptis Assurances les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour les actes non pris en charge par le régime de base, le bénéficiaire des prestations doit envoyer à Alptis Assurances les factures originales et acquittées pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique...). Dans tous les cas, l'organisme assureur peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires.

Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 2 (deux) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation. La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

12•2 TIERS PAYANT

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé prises en charge par la garantie dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements, les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 160-10 du Code de la Sécurité sociale.

Le tiers payant hospitalisation est plafonné à 200 % de la BRSS. Au-delà, l'éventuel complément du remboursement est versé à l'adhérent sur présentation de la facture acquittée de l'établissement hospitalier et du décompte du régime de base.

Le tiers payant est disponible dans tous les départements français, dans les DROM, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin (**territoire français**) et selon les accords passés avec les praticiens. Pour les prestations "Optique, Dentaire, Ostéopathie, Aides Auditives et Hospitalisation", le tiers payant évite l'avance des frais, dans la limite du contrat responsable.

12•3 PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans toute la France (y compris Corse) et dans les DROM dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les caisses de Sécurité sociale, Alptis Assurances délivre des prises en charge permettant d'éviter à l'adhérent l'avance des frais.

13• 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 l'organisme assureur, y compris la mutilation volontaire ;
- le suicide pendant la première année suivant l'adhésion ;
- l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.

De plus, ne sont pas pris en charge :

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements, sauf si l'adhésion fait suite à une couverture antérieure, sans interruption entre les deux contrats ;
- les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours ; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base ;
- les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

Le contrat dit responsable ne couvre pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

I. la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L.160-13-I du Code de la Sécurité sociale ;

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

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

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

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

14• LIMITE DES PRESTATIONS

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

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

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.

15• CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité ou de l'article L. 141-4 du Code des assurances ;
- en cas de décès du bénéficiaire des prestations ;
- en cas de résiliation par l'adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée, ou par envoi recommandé électronique adressés au siège d'Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03, 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 démission par l'adhérent de l'association : celle-ci s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues ci-dessus en cas de résiliation par l'adhérent ;
- en cas de non-paiement des cotisations : Cf. § "DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS".

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

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

La résiliation de la garantie de base entraîne la résiliation des renforts optionnels ou packs optionnels le cas échéant.

16• COTISATIONS

16•1 MONTANT DES COTISATIONS

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

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

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

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

16•2 VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

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

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

16•3 PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.

Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

16•4 DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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

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

16•5 LOI MADELIN

Les travailleurs non-salariés, non agricoles en activité peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale de leurs cotisations pour le présent contrat, s'ils remplissent les conditions prévues par la Loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite Loi "Madelin".

17• DISPOSITIONS DIVERSES

17•1 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies par Alptis Assurances font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi que de l'adhésion à l'association. Des données de santé sont collectées aux fins de l'appréciation du risque ou de la mise en œuvre des garanties souscrites. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement de votre dossier. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre la fraude et de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Il est précisé qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, pendant cinq ans, et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans durant cette période. Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement (sauf opposition). Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur. Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'Alptis Assurances (y compris le Médecin-Conseil), l'association souscriptrice, l'organisme assureur et, le cas échéant, les réassureurs, les fonds de garantie, votre intermédiaire en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Alptis Assurances, l'association souscriptrice et l'organisme assureur prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas, 69445 Lyon cedex 03 ou contact-cnill@alptis.fr. Alptis Assurances se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre Charte de protection des données à caractère personnel sur <http://www.alptis.org>.

17•2 AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme assureur et d'Alptis Assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - 75436 PARIS CEDEX 09.

17•3 FONDS DE GARANTIE

Il existe, selon l'organisme assureur :

- un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance (article L. 431-1 du Code de la mutualité) ;
- un fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes instauré par la loi n° 99-532 du 25 juillet 1999 (article L. 423-1 du Code des assurances).

17•4 PRESCRIPTION

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

Pour les organismes assureurs relevant du Code de la mutualité

Article L. 221-11 du Code de la mutualité

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (...).

Article L. 221-12 du Code de la mutualité

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

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

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

Pour les organismes assureurs relevant du Code des assurances

Article L. 114-1 du Code des assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier (...).

Article L. 114-2 du Code des assurances

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

Article L. 114-3 du Code des assurances

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

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

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

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

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

17•5 SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations servent de base à l'adhésion. **En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 221-14 (nullité du contrat), L. 221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité, ou les dispositions des articles L. 113-8 (nullité du contrat) et L. 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.**

17•6 SUBROGATION

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

17•7 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent peut adresser une réclamation à Alptis Assurances, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

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

Alptis Assurances en accusera réception dans un délai maximum de 10 (dix) jours ouvrables (sauf si une réponse a pu être apportée à l'adhérent au cours de ce délai) et répondra à l'adhérent dans un délai maximum de 2 (deux) mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées. En cas de désaccord sur la réponse apportée, l'adhérent pourra saisir le Médiateur dans le délai d'un an à compter de sa réclamation. Les coordonnées du Médiateur lui seront transmises par les services d'Alptis Assurances. Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur peut intervenir pour les litiges opposant un particulier à l'organisme 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 3 (trois) mois. Cet avis ne lie pas les parties. Il est rappelé que l'adhérent a la possibilité de soumettre tout litige auprès du Tribunal compétent.

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

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 • Internet : www.alptis.org
 Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - N° TVA : FR37335244489
 Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

Groupe Smiso Mutuelle des Cadres

7/9 Place du Théâtre - 59800 LILLE CEDEX
 Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 324 310 614)

Miltis

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON
 Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

Apicil Mutuelle

38, rue François Peissel - 69300 CALUIRE ET CUIRE
 Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 302 927 553)



Notice d'information

Assistance Santé _____ 18

Protection
Juridique Santé _____ 27

Exonération
des cotisations
Santé _____ 30

Assistance Santé

Protection Juridique Santé

Exonération des cotisations Santé

Le présent document constitue la notice d'information prévue par l'article L.141-4 du Code des assurances. Il reprend les dispositions de la convention d'assistance et de protection juridique n° **F1550422** passée entre les associations Alptis, Apti, Alptis Seniors, Alptis Frontaliers et FILASSISTANCE.

Il reproduit également les dispositions du contrat d'assurance de groupe de durée annuelle à tacite reconduction, souscrit par les associations susvisées auprès de Tokio Marine Europe S.A., entreprise régie par le Code des assurances pour la garantie exonération des cotisations santé.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances.

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

1• Assistance Santé

ÉTENDUE GEOGRAPHIQUE

La garantie d'assistance s'applique en France métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) ou dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

DÉFINITIONS LIÉES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les parties entendent les termes ci-dessous selon les définitions suivantes :

Accident corporel

Altération brutale de la santé du bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible et violent et indépendant de la volonté de la victime.

Animaux de compagnie

Animaux familiers (chiens et chats uniquement et 2 maximum) vivant habituellement au domicile du bénéficiaire et à sa charge, et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur.

Sont exclus tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés "Pitt bull".

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le bénéficiaire.

Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Bénéficiaire(s)

L'adhérent et pour autant qu'ils bénéficient de sa Garantie Santé, son conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un PACS, son concubin, leurs enfants célibataires âgés de moins de 28 ans vivant au domicile et fiscalement à charge ainsi que les ascendants vivant au domicile de l'adhérent.

Domicile

Lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire figurant comme domicile sur le contrat d'assurance. Il est situé en France métropolitaine, (y compris Corse, **hors Monaco**) ou dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

Équipe médicale

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur d'ALPTIS ASSISTANCE.

Fait générateur

Les garanties d'assistance sont acquises dans les cas suivants :

- hospitalisation,
- immobilisation au domicile,
- traitement en radiothérapie ou chimiothérapie,
- décès,
- maternité,
- perte d'autonomie,
- demande d'information.

France

France métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**), DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

Franchise

Part des dommages à la charge du bénéficiaire.

Grave problème de santé

Par "Grave problème de santé", il convient d'entendre toute maladie ou tout accident corporel dont les caractéristiques (nature, durée, perte de fonctionnalité induite, menace sur le pronostic vital...) sont susceptibles de remettre en question les équilibres économique, "organisationnel" et/ou psychologique de l'adhérent et de son foyer.

Hospitalisation

Séjour d'une durée supérieure à 24 heures, dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical.

Hospitalisation imprévue

Toute hospitalisation consécutive à une maladie soudaine et imprévisible ou à un accident corporel.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile pour une durée supérieure à 48 heures, sur prescription médicale, à la suite d'une maladie ou d'un accident corporel.

Immobilisation imprévue au domicile

Obligation de demeurer au domicile pour une durée supérieure à 48 heures, sur prescription médicale, à la suite d'une maladie soudaine et imprévisible ou d'un accident corporel.

Maladie

Altération de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

Membre de la famille / Proche

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au bénéficiaire par un PACS, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du bénéficiaire domiciliés en France Métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) ou dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**). Toute personne physique désignée par le bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée en France Métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) ou dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

Partenaire de PACS

Personne avec laquelle l'Adhérent a conclu un pacte civil de solidarité (PACS). Il s'agit d'un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

Personne dépendante

Personne se trouvant dans l'impossibilité absolue, médicalement constatée, d'effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie : se déplacer, s'habiller, se laver, s'alimenter et à qui il aura été délivré, l'une des trois prescriptions médicales suivantes : l'assistance constante d'un tiers, complétant les services de soins à domicile, l'hospitalisation en centre de long séjour, l'hébergement en section de cure médicale.

Sinistre

Tout événement justifiant l'intervention d'ALPTIS ASSISTANCE.

Titre de transport

Pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1^{ère} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe tourisme.

BÉNÉFICIAIRES

Les prestations sont accordées aux adhérents **Alptis, Apti, Alptis Seniors et Alptis Frontaliers** ayant souscrit l'une des garanties santé proposées par ces associations. Bénéficient également de ces prestations d'assistance :

- leur conjoint ou concubin, ainsi que la personne ayant conclu un PACS avec l'Adhérent,
- leurs enfants fiscalement à charge,
- leurs ascendants directs, tous vivant habituellement sous le même toit.

Résidant en France Métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) ou dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

PRESTATIONS D'ASSISTANCE SANTÉ

VOUS POUVEZ NOUS CONTACTER

- Par téléphone au **09 69 39 10 90**
- Depuis l'étranger : numéro international du pays d'où émane l'appel suivi du **+33 9 69 39 10 90**
- Par télécopie au **01 47 11 24 63**
- Depuis l'étranger par télécopie : numéro international du pays d'où émane l'appel suivi du **+33 9 77 40 32 89**
- Adresse postale : 108 Bureaux de la Colline - 92210 SAINT-CLOUD

Pour que les prestations d'assistance soient acquises, **ALPTIS ASSISTANCE** doit avoir été prévenue préalablement et avoir donné son accord préalable.

POURQUOI ET QUAND APPELER ?

ALPTIS ASSISTANCE est à votre disposition 24H/24 et 365 jours par an.

Dans tous les cas, n'hésitez pas à appeler **ALPTIS ASSISTANCE**, même si vous n'êtes pas certain que cela entre dans le cadre des prestations qui vous sont proposées.

SANS OUBLIER

- De rappeler votre numéro d'adhérent Alptis (il figure sur votre certificat d'adhésion et votre carte de Tiers Payant).
- De préciser vos nom, prénom et adresse.
- Pour le service "Garde d'enfant malade à domicile", de vous munir d'un certificat médical concernant la santé de l'enfant.
- Pour le service "Ecole à domicile", de préciser les coordonnées de l'établissement scolaire fréquenté, et tous renseignements qui pourront être demandés sur la scolarité de l'enfant et son état de santé.

Tous les renseignements médicaux transmis aux médecins d'ALPTIS ASSISTANCE sont strictement confidentiels.

Lors de votre 1^{er} appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement lors de toutes vos relations ultérieures avec **ALPTIS ASSISTANCE**. Les frais que vous serez amenés à engager pour appeler **ALPTIS ASSISTANCE** seront remboursés sur envoi des pièces justificatives originales dans les 30 jours qui suivent l'appel.

GARANTIES D'ASSISTANCE

INFORMATIONS SANTÉ

Info Santé Service

Du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (et 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 en cas de nécessité), l'équipe médico-psycho-sociale d'**ALPTIS ASSISTANCE**, dans le respect du rôle du médecin traitant, apporte aide et conseil dans les domaines de la santé (à l'exception de toute consultation ou diagnostic personnalisé par téléphone).

A la demande de l'assuré, **ALPTIS ASSISTANCE** apprécie les interrogations, préoccupations ou problèmes de santé de l'assuré compte tenu des informations communiquées.

Communique des informations générales sur :

- Les pathologies (ex : pandémies....),
- Les analyses médicales, notamment analyse de sang, et les examens médicaux (IRM...),
- Les techniques nouvelles.

Communique des informations générales sur la santé au quotidien :

- Pharmacie : comment la constituer et disposer des médicaments essentiels,
- Connaître les gestes de secours (envoi d'une fiche pratique),
- Trousse de secours (voiture, voyage...) : comment la constituer,
- Automédication : les précautions à prendre,
- Vaccinations.

Communique des informations générales sur le Bien Vivre :

- Alimentation et allergies, (comprendre les étiquettes produits, concilier allergies nutritionnelles et vie scolaire, faire face en cas de crise ...).
- Programme alimentaire de l'adulte à l'enfant :
 - Calcul de l'IMC
 - Informations "nutrition" (fiches information...) et conseils à suivre (renvoi vers le médecin traitant).
- Bien-être :
 - Précautions à prendre pour un bon usage des compléments alimentaires.
 - Information sur les médecines alternatives : avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Académie de médecine (envoi de fiches information).

Délivre des informations en matière de :

- Prévention (avec envoi de fiches prévention par courrier, par mail).
- Médecine du voyage (précautions sanitaires et comportementales,...).
- Aide au maintien à domicile des personnes âgées.
- Prise en charge de la dépendance.

En cas d'ALD (affections de longue durée), maladies orphelines, maladies rares, maladies graves :

L'équipe médico-psycho-sociale est à l'écoute de l'assuré, pour l'informer et l'accompagner dans le système de soins, et le guider dans les démarches administratives.

De plus, l'assuré peut également bénéficier d'information sur :

- Les associations (visites au chevet, écoute spécifique, actions).
- Groupes de paroles.
- L'École à l'hôpital, activités ludiques, prêt de livres, jeux vidéo, association proposant l'accompagnement par le biais d'animateurs qui jouent avec les enfants, organisation de goûter...

L'ensemble de ces prestations s'inscrit dans une démarche déontologique, en respectant les choix des personnes et sans se substituer aux professionnels de santé qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostique ou thérapeutique personnalisées.

En cas d'Accident de l'Assuré :

L'équipe médico-psycho-sociale est à l'écoute de l'assuré, pour l'informer et l'accompagner dans le domaine de l'incapacité, et le guider dans les démarches administratives.

De plus, l'assuré peut également bénéficier d'information sur :

- l'incapacité,
- l'aide à la constitution de dossier,
- l'accompagnement médico-psycho-social de l'assuré et de ses proches (information et orientation vers des organismes en mesure de vous apporter du soutien et une aide aux démarches administratives).

INFORMATIONS POUR L'AMÉNAGEMENT DU DOMICILE DE L'ASSURÉ

Sur simple appel téléphonique, nos assistantes sociales peuvent communiquer les coordonnées de plusieurs prestataires, étant entendu que le choix du prestataire revient à l'assuré finalement, dans tous les cas :

- Communication de coordonnées ou mise en relation avec des réseaux d'ergothérapeutes et/ou des associations et organismes publics spécialisés proposant des audits de l'habitat et une évaluation des travaux d'aménagement nécessaires (Réseaux à proximité du Domicile de l'Aidé) ;
- Communication de coordonnées ou mise en relation avec des artisans pour les travaux d'aménagement (menuisiers, électriciens, etc.) ;
- Communication de coordonnées ou mise en relation avec des prestataires liée aux solutions technologiques d'aménagement du domicile - Orientation vers des solutions de vidéo surveillance, de détecteurs environnementaux, de chemins lumineux, etc. ;
- Communication de coordonnées ou mise en relation avec des fournisseurs de petits appareillages (loupe, prothèse auditive, canne, etc.).

EN CAS DE BESOIN AU DOMICILE (MALADIE OU ACCIDENT)

Recherche de personnel médical

L'équipe d'ALPTIS ASSISTANCE, peut aider à la recherche des intervenants suivants :

- Professionnels de santé : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et paramédicaux.
- Etablissements de santé : hôpitaux, cliniques, centres de thermalisme, de convalescence, de repos...
- Ambulanciers : transport en ambulance ou véhicule sanitaire léger.
- Fournisseurs en matériel médical.

Les frais de visite ou autres restent à la charge de l'assuré.

Transport à l'hôpital et transfert au domicile

Sur demande du médecin sur place, si l'état de santé du bénéficiaire nécessite son hospitalisation, ALPTIS ASSISTANCE envoie une ambulance pour son transport au centre médical le plus proche du domicile.

À l'issue de l'hospitalisation, ALPTIS ASSISTANCE organise, si nécessaire, sur prescription médicale, le retour du bénéficiaire à son domicile en ambulance (ou VSL).

ALPTIS ASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours qu'il convient d'appeler en tout premier lieu si nécessaire.

Envoi de médicaments

Sur appel de l'assuré, ALPTIS ASSISTANCE organise et prend en charge l'acheminement de médicaments à son domicile, si celui-ci est dans l'incapacité physique de se déplacer et s'il s'agit de médicaments indispensables au traitement immédiat de l'assuré selon la prescription médicale. Cette garantie s'applique si l'assuré ne peut pas faire intervenir un membre de son entourage et ne concerne pas le renouvellement d'ordonnance.

ALPTIS ASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 km autour du domicile de l'assuré, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

Le coût du ou des médicaments est pris en charge financièrement par l'assuré.

Cette prestation s'applique dans la limite de 2 interventions par an par assuré.

EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 48 HEURES

Garde d'enfants de moins de 16 ans à domicile

Si aucun autre bénéficiaire n'est à même de s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans restés au domicile, **ALPTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge leur garde **pendant une période de 2 jours avec un maximum de 10 heures par jour** et assure si besoin leur accompagnement à l'école pendant ces 2 jours.

Si l'assuré le préfère, **ALPTIS ASSISTANCE** peut organiser et prendre en charge l'une des prestations suivantes :

- la venue d'un proche parent jusqu'au domicile,

OU

- le transfert des enfants chez un proche parent en mettant à disposition un titre de transport (aller/retour).

Ce proche parent doit résider en France Métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) pour les assurés résidant en France Métropolitaine et dans le département identique à celui de l'assuré pour les assurés résidant dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

Garde des animaux de compagnie

ALPTIS ASSISTANCE organise et prend en charge la garde à l'extérieur ou l'entretien à domicile des animaux de compagnie sous réserve que ceux-ci aient reçu, si besoin, les vaccinations obligatoires.

La prise en charge ne peut excéder une période de 30 jours.

A l'issue de la garde organisée par **ALPTIS ASSISTANCE**, le retour à domicile (*) de l'animal peut être organisé et pris en charge, à condition qu'il ait lieu dans un rayon de 25 km aller/retour maximum.

(*) Correspond au domicile fiscal de l'assuré.

Garde ou transfert des personnes dépendantes

Si aucun autre bénéficiaire ne peut assumer la garde des personnes dépendantes, vivant habituellement au foyer, et qu'ils ne peuvent rester temporairement seuls, **ALPTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge leur garde pendant une période de 2 jours avec un maximum de 10 heures par jour.

Si l'assuré le préfère, **ALPTIS ASSISTANCE** peut organiser et prendre en charge l'une des prestations suivantes :

- la venue d'un proche parent jusqu'au domicile,

OU

- le transfert des personnes dépendantes chez un proche parent en mettant à disposition un titre de transport (aller/retour).

Ce proche parent doit résider en France Métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) pour les assurés résidant en France Métropolitaine, et dans le département identique à celui de l'assuré pour les assurés résidant dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

Présence d'un proche au chevet

En cas d'hospitalisation de l'assuré à plus de 50 km de son domicile, **ALPTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge, le transport d'un proche en mettant à **sa disposition un titre de transport aller/retour, ainsi que son hébergement soit 2 nuits d'hôtel à concurrence de 80 euros TTC par nuit. Prestation accessible pour les proches résidant en France Métropolitaine (y compris Corse, hors Monaco) ou dans les DOM (à l'exclusion de Mayotte), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (territoire français).**

Aide à domicile

Afin de soulager l'assuré dans ses tâches et démarches quotidiennes, **ALPTIS ASSISTANCE** met à sa disposition une aide à domicile, **à concurrence de 12 heures réparties sur 2 semaines, soit pendant l'hospitalisation afin d'aider le conjoint ou la famille à faire face aux obligations domestiques incombant habituellement à la personne hospitalisée, soit après hospitalisation pour faciliter le retour au domicile et à la convalescence de l'assuré. Cette prestation est accessible dans les conditions ci-dessous.**

La fourniture d'un certificat médical peut être demandée par **ALPTIS ASSISTANCE** avant la mise en œuvre de la prestation.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'assuré, par le service médical d'**ALPTIS ASSISTANCE**.

Cette aide à domicile doit être établie en France Métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) pour les assurés résidant en France Métropolitaine, et dans le département identique à celui de l'assuré pour les assurés résidant dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

ACCOMPAGNEMENT "SORTIE D'HOSPITALISATION SENIORS"

Téléassistance

Si l'assuré (âgé de 75 ans et plus) le demande et pour toute hospitalisation supérieure à 10 jours, **ALPTIS ASSISTANCE** met à sa disposition un appareil de téléassistance qui lui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur.

D'un simple geste, il peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

Les prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels sont les suivantes :

- Gestion de la "fiche médicale" de l'abonné.
- Écoute 24 heures sur 24 par les équipes de la plateforme de téléassistance PREVIFIL.
- Mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence.

ALPTIS ASSISTANCE prend en charge les frais de mise en service ainsi que les 3 premiers mois d'abonnement.

EN CAS DE GRAVE PROBLÈME DE SANTÉ

Accompagnement médico-social

En cas de grave problème de santé de l'assuré, **ALPTIS ASSISTANCE** met à la disposition de l'assuré son service d'écoute, d'information et d'orientation pour lui apporter une information santé, une aide technique et une aide dans l'aménagement de l'habitation.

Sur simple appel téléphonique, nos assistantes sociales peuvent communiquer les coordonnées de plusieurs prestataires, étant entendu que le choix du prestataire revient à l'assuré finalement, dans tous les cas :

- Communication de coordonnées ou mise en relation avec des réseaux d'ergothérapeutes et/ou des associations et organismes publics spécialisés proposant des audits de l'habitat et une évaluation des travaux d'aménagement nécessaires (Réseaux à proximité du Domicile de l'Aidé) ;
- Communication de coordonnées ou mise en relation avec des artisans pour les travaux d'aménagement (menuisiers, électriciens, etc.) ;
- Communication de coordonnées ou mise en relation avec des prestataires liée aux solutions technologiques d'aménagement du domicile - Orientation vers des solutions de vidéo vigilance, de détecteurs environnementaux, de chemins lumineux, etc. ;
- Communication de coordonnées ou mise en relation avec des fournisseurs de petits appareils (loupe, prothèse auditive, canne, etc.).

Accompagnement psychologique

En cas de grave problème de santé de l'assuré, **ALPTIS ASSISTANCE** propose à l'assuré un soutien psychologique par téléphone (via 3 entretiens avec un psychologue clinicien) et dans un second temps propose et/ou une orientation vers un psychologue diplômé d'État exerçant en ville, proche du domicile de l'assuré.

La garantie s'applique également en cas de décès d'un proche de l'assuré.

EN CAS DE TRAITEMENT PAR CHIMIOTHÉRAPIE OU RADIOTHÉRAPIE

Aide à domicile

ALPTIS ASSISTANCE met à disposition une aide à domicile et prend en charge son intervention (par tranches de 2 heures, en milieu hospitalier ou au domicile) à concurrence de 12 heures sur toute la durée du traitement.

La fourniture d'un certificat médical peut être demandée par **ALPTIS ASSISTANCE** avant la mise en œuvre de la prestation.

Cette aide à domicile doit être établie en France Métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) pour les assurés résidant en France Métropolitaine, et dans le département identique à celui de l'assuré pour les assurés résidant dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

EN CAS DE MATERNITÉ

Allo infos "jeunes parents"

ALPTIS ASSISTANCE :

- Communique à l'assuré des informations et conseils sur la santé de la femme enceinte et la grossesse (aide à la recherche d'associations, de lieux d'échange dédiés à l'échange d'expérience entre les futures et jeunes mamans, aide à la recherche d'organismes sociaux (PMI), etc.)
- Aide l'assuré ou un de ses bénéficiaires dans la constitution du dossier lié à la grossesse de l'assurée (pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée, etc.).
- Informe et conseille l'assuré sur l'hygiène de vie de la femme enceinte : alimentation, diététique, nutrition, haptonomie tabac, etc.
- Aide à la recherche et communique les coordonnées de centres de thalassothérapie post-natale, centres de massages, piscines où l'on propose une activité de bébés nageurs et de professionnels de santé : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et paramédicaux ...
- Communique à l'assuré des informations et conseils sur les soins à prodiguer (hygiène, bain, toilette, etc.), les rendez-vous santé Petite enfance et dans le domaine de la prévention : accidents domestiques, nutrition (alimentation, sevrage, etc.).

Auxiliaire de puériculture en cas de 1^{ère} maternité ou de naissance multiple

ALPTIS ASSISTANCE met à disposition pendant 3 heures maximum une TISF (Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale) au domicile de la jeune maman dans la semaine suivant sa sortie de maternité afin de l'aider à s'organiser et lui rappeler les principes essentiels relatifs au soin, à la santé et à la sécurité de son bébé.

Aide à domicile en cas de séjour en maternité de plus de 5 jours ou en cas de naissance multiple

ALPTIS ASSISTANCE met à disposition une aide-ménagère et prend en charge son intervention à concurrence de 12 heures sur 2 semaines soit pendant le séjour en maternité afin d'aider le conjoint ou la famille à faire face aux obligations domestiques incombant habituellement à la personne hospitalisée, soit dès la fin de son séjour en maternité pour faciliter le retour au domicile de l'assurée.

La fourniture d'un certificat médical peut être demandée par **ALPTIS ASSISTANCE** avant la mise en œuvre de la prestation.

Cette aide à domicile doit être établie en France Métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) pour les assurés résidant en France Métropolitaine, et dans le département identique à celui de l'assuré pour les assurés résidant dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

Soutien psychologique

En cas de dépression "post partum" ou de naissance à problème (prématurés, ...), **ALPTIS ASSISTANCE** propose à l'assuré un soutien psychologique par téléphone **via 3 entretiens avec un psychologue clinicien**.

EN CAS D'ENFANT IMMOBILISÉ À DOMICILE OU HOSPITALISÉ

Présence d'un membre de la famille

En cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans de l'assuré à plus de 50 km du domicile de l'assuré, **ALPTIS ASSISTANCE met à disposition de l'assuré ou d'un membre de la famille un titre de transport aller/retour et prend en charge les frais d'hébergement, soit 7 nuits d'hôtel avec un montant maximum de 80 euros par nuit.**

Ce proche parent devant résider en France Métropolitaine (y compris Corse, hors Monaco) ou dans les DOM (à l'exclusion de Mayotte), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (territoire français).

Garde des autres enfants

Si l'un des enfants de l'assuré est hospitalisé, et afin de permettre aux parents de se rendre au chevet de celui-ci, **ALPTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge la garde des autres enfants pour **une durée maximum de 30 heures réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs avec accompagnement à l'école**. Si l'assuré le préfère, **ALPTIS ASSISTANCE** peut organiser et prendre en charge l'une des prestations suivantes : **l'acheminement aller/retour d'un proche parent jusqu'au domicile**.

Garde d'enfants malade ou blessé au domicile

En cas d'immobilisation imprévue au domicile d'un des enfants de l'assuré, et si aucune personne ne peut rester à son chevet, **ALPTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge, **jusqu'à 30 heures maximum réparties sur 5 jours ouvrés consécutifs**, la garde à domicile de l'enfant.

L'appréciation du médecin traitant, certifiant la nécessité de maintien à domicile pour problème médical imprévu, doit être confirmée par l'envoi ultérieur d'un certificat médical établi avant l'appel.

Si l'assuré le préfère, **ALPTIS ASSISTANCE** peut organiser et prendre en charge la venue d'un proche parent jusqu'au domicile en mettant à disposition **un titre de transport aller/retour**. Ce proche parent devant résider en France Métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) ou dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

École à domicile

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant de l'assuré l'oblige à garder le lit par suite de maladie soudaine ou d'accident corporel, et que cette obligation entraîne une immobilisation supérieure à 15 jours, **ALPTIS ASSISTANCE** fournit une aide pédagogique dès le 1^{er} jour d'immobilisation. Pour cela **ALPTIS ASSISTANCE** recherche et prend en charge un répétiteur scolaire se déplaçant au domicile de l'assuré (ou dans l'établissement hospitalier où est hospitalisé l'enfant le cas échéant) pour donner à l'enfant des cours dans les matières principales, de la primaire à la terminale, quel que soit l'âge de l'enfant, (**à raison de 2 heures de cours particuliers par journée d'absence**) à concurrence de **6 semaines maximum**.

Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs **dans un rayon de 25 km du domicile de celui-ci, et elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires et pendant les jours fériés.**

Cette prestation peut également s'exercer en milieu hospitalier si accord de l'équipe soignante.

Cette prestation ne s'applique pas pour les cas de phobie scolaire ou d'affection de longue durée.

EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL DE LA NOUNOU

Prise en charge des enfants

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 24 heures ou d'immobilisation imprévue au domicile de plus de 48 heures de la personne salariée et fiscalement déclarée, en charge des enfants de l'assuré, et lorsque que celui-ci et son conjoint travaillent, **ALPTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge leur garde par une personne qualifiée à concurrence de **30 heures maximum sur 5 jours ouvrés**.

Si l'assuré le préfère, **ALPTIS ASSISTANCE** peut organiser et prendre en charge l'une des prestations suivantes :

- l'acheminement aller/retour d'un proche parent jusqu'au domicile,

OU

- le transfert des enfants chez un proche parent en mettant à disposition un titre de transport (aller/retour).

Ce proche parent doit résider en France Métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) pour les assurés résidant en France Métropolitaine et dans le département identique à celui de l'assuré pour les assurés résidant dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

EN CAS DE PERTE D'AUTONOMIE

Allo info Dépendance

ALPTIS ASSISTANCE communique à l'assuré toutes les informations dont il aurait besoin dans le cadre de la survenance de la dépendance d'un proche parent, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, **ALPTIS ASSISTANCE**, le cas échéant et sur demande, met en contact l'assuré avec les organismes concernés.

Accompagnement Perte d'Autonomie

A la demande de l'assuré (ou à celle des proches), l'équipe pluridisciplinaire d'**ALPTIS ASSISTANCE** composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues cliniciens, de chargés d'assistance spécialisés..., réalise un "bilan prévention autonomie".

Le bilan prévention autonomie d'**ALPTIS ASSISTANCE** aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (notamment l'isolement social, l'entretien du domicile, les courses, les déplacements, la préparation ou le portage des repas, la toilette, l'habillement) et est à la disposition de l'assuré afin de favoriser son maintien à domicile et préserver sa qualité de vie.

L'équipe d'**ALPTIS ASSISTANCE** délivre des conseils et des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques) pour accompagner l'assuré (ou accompagner ses proches) dans les démarches de maintien à domicile ou de recherche d'un établissement spécialisé. Une solution en téléassistance pourra également être envisagée avec une prise en charge des frais de mise en service.

En fonction des besoins recensés par notre équipe et à sa demande, un spécialiste (ergothérapeute ou autre) pourra réaliser un diagnostic plus complet au domicile de l'assuré, sur l'aménagement de son habitat et de son environnement et proposer ainsi des solutions de prévention (pour éviter les hospitalisations ou les rechutes, rééducation, réadaptation afin d'améliorer votre indépendance, proposition d'aide spécifique au handicap, ...) en synergie avec l'équipe d'**ALPTIS ASSISTANCE** et de différents intervenants locaux tels que des spécialistes dans l'aménagement du domicile, des fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateurs de véhicules...

Les frais engagés sont à la charge de l'assuré (ou à celle de ses proches).

Le recours au médecin traitant sera systématiquement conseillé pour aborder l'approche médicale/dépendance (reconnaissance et prise en charge thérapeutique).

De plus, lors de ses entretiens téléphoniques, l'équipe d'**ALPTIS ASSISTANCE** aide l'assuré (ainsi que ses proches) à constituer un dossier perte d'autonomie/dépendance, à établir un état des dépenses et des revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa nouvelle situation financière.

Selon la situation de l'assuré, l'équipe d'**ALPTIS ASSISTANCE** le conseille (ainsi que ses proches) sur les financements possibles (organismes publics, mutuelles, ...), l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant le met en relation avec les services sociaux locaux.

Les informations transmises par notre équipe sont communiquées dans le respect de la déontologie médicale et des professionnels de santé traitants qui seuls sont habilités à porter des indications d'ordre diagnostique ou thérapeutique personnalisées.

ALPTIS ASSISTANCE décline toute responsabilité dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

GARANTIES DE L'EXTENSION ASSISTANCE DU RENFORT HOSPITALISATION (si souscrit)

EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 HEURES

Garde d'enfants de moins de 16 ans à domicile

Si aucun autre bénéficiaire n'est à même de s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans restés au domicile, **ALPTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge leur garde **pendant une période de 5 jours avec un maximum de 10 heures par jour** et assure si besoin leur accompagnement à l'école pendant ces 2 jours.

Si l'assuré le préfère, **ALPTIS ASSISTANCE** peut organiser et prendre en charge l'une des prestations suivantes :

- la venue d'un proche parent jusqu'au domicile,

OU

- le transfert des enfants chez un proche parent en mettant à disposition un titre de transport (aller/retour).

Ce proche parent doit résider en France Métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) pour les assurés résidant en France Métropolitaine et dans le département identique à celui de l'assuré pour les assurés résidant dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

Garde des animaux de compagnie

ALPTIS ASSISTANCE organise et prend en charge la garde à l'extérieur ou l'entretien à domicile des animaux de compagnie (chiens, chats) sous réserve que ceux-ci aient reçu, si besoin, les vaccinations obligatoires.

La prise en charge ne peut excéder une période de 30 jours.

A l'issue de la garde organisée par **ALPTIS ASSISTANCE**, le retour à domicile (*) de l'animal peut être organisé et pris en charge, à condition qu'il ait lieu **dans un rayon de 25 km aller/retour maximum.**

(*) Correspond au domicile fiscal de l'assuré.

Garde ou transfert des personnes dépendantes

Si aucun autre bénéficiaire ne peut assumer la garde des personnes dépendantes, vivant habituellement au foyer, et qu'ils ne peuvent rester temporairement seuls, **ALPTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge leur garde **pendant une période de 5 jours avec un maximum de 10 heures par jour.**

Si l'assuré le préfère, **ALPTIS ASSISTANCE** peut organiser et prendre en charge l'une des prestations suivantes :

- la venue d'un proche parent jusqu'au domicile,

OU

- le transfert des personnes dépendantes chez un proche parent en mettant à disposition un titre de transport (aller/retour).

Ce proche parent doit résider en France Métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) pour les assurés résidant en France Métropolitaine et dans le département identique à celui de l'assuré pour les assurés résidant dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

Présence d'un proche au chevet

En cas d'hospitalisation de l'assuré à plus de 50 km de son domicile, **ALPTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge, le transport d'un proche en mettant à sa disposition un titre de transport aller/retour, ainsi que son hébergement soit 2 nuits d'hôtel à concurrence de 80 euros TTC par nuit.

Prestation accessible pour les proches résidant en France Métropolitaine.

Aide à domicile

Afin de soulager l'assuré dans ses tâches et démarches quotidiennes, **ALPTIS ASSISTANCE** met à sa disposition une aide à domicile, **à concurrence de 20 heures réparties sur 2 semaines, soit pendant l'hospitalisation afin d'aider le conjoint ou la famille à faire face aux obligations domestiques incombant habituellement à la personne hospitalisée, soit après hospitalisation pour faciliter le retour au domicile et à la convalescence de l'assuré. Cette prestation est accessible dans les conditions ci-dessous.**

La fourniture d'un certificat médical peut être demandée par **ALPTIS ASSISTANCE** avant la mise en œuvre de la prestation.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'assuré, par le service médical d'**ALPTIS ASSISTANCE**.

EN CAS D'ENFANT IMMOBILISÉ À DOMICILE OU HOSPITALISÉ

École à domicile

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant de l'assuré l'oblige à garder le lit par suite de maladie soudaine ou d'un accident corporel, et que cette obligation entraîne une immobilisation supérieure à 15 jours, **ALPTIS ASSISTANCE** fournit une aide pédagogique dès le 1^{er} jour d'immobilisation. Pour cela **ALPTIS ASSISTANCE** recherche et prend en charge un répétiteur scolaire se déplaçant au domicile de l'assuré (ou dans l'établissement hospitalier où est hospitalisé l'enfant le cas échéant) pour donner à l'enfant immobilisé des cours dans les matières principales, de la primaire à la terminale, quel que soit l'âge de l'enfant, (**à raison de 2 heures de cours particuliers par journée d'absence**). La garantie s'applique jusqu'à la fin de l'année scolaire au plus tard.

Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs **dans un rayon de 50 km du domicile de celui-ci, et elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires et pendant les jours fériés.**

Cette prestation peut également s'exercer en milieu hospitalier si accord de l'équipe soignante.

Cette prestation ne s'applique pas pour les cas de phobie scolaire ou d'affection de longue durée.

ACCOMPAGNEMENT "SORTIE D'HOSPITALISATION SENIORS"

Téléassistance

Si l'assuré (âgé de 75 ans et plus) le demande et pour toute hospitalisation supérieure à 24 heures, **ALPTIS ASSISTANCE** met à sa disposition un appareil de téléassistance qui lui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur.

D'un simple geste, il peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

Les prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels sont les suivantes :

- Gestion de la "fiche médicale" de l'abonné.
- Écoute 24 heures sur 24 par les équipes de la plateforme de téléassistance PREVIFIL.
- Mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence.

ALPTIS ASSISTANCE prend en charge les frais de mise en service ainsi que les 3 premiers mois d'abonnement.

EN CAS D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS

Garde d'enfants de moins de 16 ans à domicile

Si aucun autre bénéficiaire n'est à même de s'occuper des enfants âgés de moins de 16 ans restés au domicile, **ALPTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge leur garde **pendant une période de 5 jours avec un maximum de 10 heures par jour** et assure si besoin leur accompagnement à l'école pendant ces 2 jours.

Si l'assuré le préfère, **ALPTIS ASSISTANCE** peut organiser et prendre en charge l'une des prestations suivantes :

- la venue d'un proche parent jusqu'au domicile,

OU

- le transfert des enfants chez un proche parent en mettant à disposition un titre de transport (aller/retour).

Ce proche parent doit résider en France Métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) pour les assurés résidant en France Métropolitaine et dans le département identique à celui de l'assuré pour les assurés résidant dans les DOM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

Garde des animaux de compagnie

ALPTIS ASSISTANCE organise et prend en charge la garde à l'extérieur ou l'entretien à domicile des animaux de compagnie sous réserve que ceux-ci aient reçu, si besoin, les vaccinations obligatoires.

La prise en charge ne peut excéder une période de 30 jours.

A l'issue de la garde organisée par **ALPTIS ASSISTANCE**, le retour à domicile (*) de l'animal peut être organisé et pris en charge, à condition qu'il ait lieu dans un rayon de 25 km aller/retour maximum.

(*) Correspond au domicile fiscal de l'assuré.

Garde ou transfert des personnes dépendantes

Si aucun autre bénéficiaire ne peut assumer la garde des personnes dépendantes, vivant habituellement au foyer, et qu'ils ne peuvent rester temporairement seuls, **ALPTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge leur garde **pendant une période de 5 jours avec un maximum de 12 heures par jour.**

Si l'assuré le préfère, **ALPTIS ASSISTANCE** peut organiser et prendre en charge l'une des prestations suivantes :

- la venue d'un proche parent jusqu'au domicile,

OU

- le transfert des personnes dépendantes chez un proche parent en mettant à disposition un titre de transport (aller/retour).

Ce proche parent doit résider en France Métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) pour les assurés résidant en France Métropolitaine et dans le département identique à celui de l'assuré pour les assurés résidant dans les DOM (à l'**exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

Présence d'un proche au chevet

En cas d'immobilisation de l'assuré à son domicile supérieure 5 jours, **ALPTIS ASSISTANCE** organise et prend en charge, le transport d'un proche en mettant à sa disposition un titre de transport aller/retour, ainsi que son hébergement soit 2 nuits d'hôtel à concurrence de 80 euros TTC par nuit. **Prestation accessible pour les proches résidant en France Métropolitaine.**

Aide à domicile

Afin de soulager l'assuré dans ses tâches et démarches quotidiennes, **ALPTIS ASSISTANCE** met à sa disposition une aide à domicile, à concurrence de 20 heures réparties sur 2 semaines. Cette prestation est accessible dans les conditions ci-dessous.

La fourniture d'un certificat médical peut être demandée par **ALPTIS ASSISTANCE** avant la mise en œuvre de la prestation.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'assuré, par le service médical d'**ALPTIS ASSISTANCE**.

ACCOMPAGNEMENT DU CONJOINT EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Accompagnement dans les déplacements

Si à la suite du décès de l'assuré, le conjoint bénéficiaire du contrat ne peut se déplacer, **ALPTIS ASSISTANCE** recherche des services d'aide au déplacement pour régler les démarches administratives et organise le cas échéant la venue d'un accompagnateur (taxi ou prestataire qui se déplace avec son propre véhicule).

La prise en charge ne peut excéder 2 demi-journées.

Aide à domicile

ALPTIS ASSISTANCE met à la disposition du conjoint survivant une aide à domicile pour le soulager d'une partie des tâches ménagères.

La prise en charge de sa rémunération s'effectue à raison de 20 heures, réparties pendant les 2 semaines suivant le décès de l'assuré.

Accompagnement psychologique

En cas de décès de son conjoint, **ALPTIS ASSISTANCE** propose à l'assuré un soutien psychologique par téléphone (via 3 entretiens avec un psychologue clinicien) et dans un second temps propose et/ou une orientation vers un psychologue diplômé d'État exerçant en ville, proche du domicile de l'assuré.

AIDE AUX AIDANTS FAMILIAUX

Informations / orientation

ALPTIS ASSISTANCE communique à l'assuré toutes les informations dont il a besoin dans le cadre de la survenance de la dépendance d'un proche parent, notamment ses droits et les démarches à effectuer.

De même, **ALPTIS ASSISTANCE**, le cas échéant et sur demande, met en contact l'assuré avec les organismes concernés (pistes de soutien et de formation, associations d'aidants, sites spécialisés).

Soutien psychologique

En cas d'entrée en dépendance d'un proche de l'assuré, **ALPTIS ASSISTANCE** propose à l'assuré un soutien psychologique par téléphone (via 3 entretiens avec un psychologue clinicien) et dans un second temps propose et/ou une orientation vers un psychologue diplômé d'État exerçant en ville (avec la prise en charge de la première consultation à concurrence de 50 euros TTC).

Prise en charge temporaire de la personne dépendante

En cas d'entrée en dépendance d'un proche de l'assuré, **ALPTIS ASSISTANCE** aide à l'organisation des prestations appropriées (garde malade, aide-soignante, ...), lorsque l'aidant doit s'absenter (vacances, prise de repos...).

Les frais engagés restent à la charge de l'assuré.

Si l'aidant est victime d'un aléa de santé (hospitalisation imprévue supérieure à 24 heures ou immobilisation imprévue supérieure à 48 heures), **ALPTIS ASSISTANCE** met à disposition de l'assuré aidant l'intervention d'une auxiliaire de vie, à concurrence de 30 heures réparties sur 5 jours.

Organisation de services domestiques

ALPTIS ASSISTANCE recherche et réalise à la demande de l'assuré aidant, un entretien téléphonique au sujet du proche parent aidé dont il s'occupe avec pour objectif de l'orienter vers des prestataires qualifiés et agréés "Service à la Personne".

Les frais engagés sont à la charge de l'adhérent.

Services à la personne

ALPTIS ASSISTANCE recherche et organise (sous réserve des disponibilités locales) des prestations pour :

- assurer la livraison de repas, de courses, de médicaments,
- trouver une aide-ménagère, un accompagnateur pour les déplacements,
- trouver une auxiliaire de vie, des professionnels paramédicaux,
- trouver un coiffeur, un pédicure, une esthéticienne, une dame de compagnie, un service "blanchisserie",
- mettre en place la garde du domicile (vigile ou télé sécurité),
- garder les petits-enfants, les animaux de compagnie,
- préparer l'adaptation du logement (ergothérapeute ou autre),
- et tout autre service de proximité.

Les frais engagés sont à la charge de l'adhérent.

EXCLUSIONS DES GARANTIES D'ASSISTANCE

EXCLUSIONS COMMUNES

ALPTIS ASSISTANCE ne peut intervenir pour l'organisation des premiers secours, qui restent à la charge des autorités locales. Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Assuré lors de la durée de la garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire. Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part d'ALPTIS ASSISTANCE les conséquences :

- de tentative de suicide de l'Assuré ;
- d'actes d'automutilation ou de surdose médicamenteuse ;
- des états résultant de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit ;
- d'un état d'alcoolémie supérieur au taux légal de tolérance ;
- de la pratique d'un sport à titre professionnel, à titre de loisir dans le cadre d'une compétition ou d'une tentative de record et leurs essais, et d'une manière générale, les conséquences de la pratique d'un sport aérien, marin ou entraînant l'utilisation d'engins motorisés ;
- des infractions à la législation en vigueur en France, commises de façon volontaire (notamment faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré, la participation à un crime ou un délit).

Sont également exclus les frais de restauration, de taxi ou d'hôtel engagés à l'initiative de l'Assuré sans l'accord préalable d'ALPTIS ASSISTANCE (sauf en cas de force majeure).

EXCLUSION DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Cependant, ALPTIS ASSISTANCE ne peut pas être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution provoqués :

- par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non ;
- par la mobilisation générale ;
- par réquisition des hommes et du matériel par les autorités ;
- par tout acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées ;
- par les conflits sociaux tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out, etc ;
- par les cataclysmes naturels ;
- par les effets de la radioactivité ;
- par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat ;
- par les interdictions décidées par les autorités légales.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Assuré lors de la durée de la garantie, excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

Toute fraude, falsification ou faux témoignages intentionnels permettra à ALPTIS ASSISTANCE d'opposer à l'Assuré la nullité de sa garantie assistance.

2• Protection Juridique Santé

La protection Juridique Santé est assurée par Filassistance et mise en œuvre par son gestionnaire :

GIE CIVIS

Groupement d'Intérêt Économique RCS C 323 267 740
Dont le siège social est au 90, avenue de Flandre - 75019 PARIS
Contact Protection Juridique Médicale : **09 69 39 10 90**

DÉFINITIONS

Il faut entendre par :

Nous : c'est-à-dire l'assureur de la garantie Protection Juridique Santé.

Vous : l'assuré, c'est-à-dire l'adhérent affilié au contrat santé, ainsi que son conjoint ou assimilé et les personnes fiscalement à charge, désignés en qualité d'ayants droit sur le bulletin d'adhésion.

Tiers : toute personne, physique ou morale, qui n'a pas la qualité d'assuré au sens de la présente garantie.

Litige : désaccord ou contestation d'un droit, opposant l'assuré à un tiers, y compris sur le plan amiable. Le litige doit être né pendant la période de garantie et résulter de faits nés pendant cette même période.

Période de garantie : il s'agit d'une part de la période comprise entre la date de prise d'effet et la date de cessation de l'affiliation au contrat Santé et d'autre part, de la période comprise entre la date de prise d'effet et la date de cessation de la présente garantie.

OBJET DE LA GARANTIE

Domaines d'intervention

La garantie s'applique aux litiges vous opposant à un tiers dans les domaines suivants :

- **les recours exercés contre les organismes obligatoires d'assurance maladie, de retraite et de prévoyance** : en cas par exemple de non remboursement de soins médicalement prescrits, du refus de versement de prestations, de litiges liés au calcul de retraite...
- **les recours exercés contre les professionnels de la santé et/ou des établissements de soins afin d'obtenir l'indemnisation du dommage corporel que vous avez subi** : à la suite, par exemple, d'une erreur de diagnostic, d'une infection nosocomiale, d'un manquement à l'obligation d'information...
- **les recours en cas d'agression ou d'atteinte accidentelle à l'intégrité physique et/ou morale de l'assuré, avec aide et valorisation des droits à l'encontre de l'auteur responsable du préjudice.**

PRESTATIONS GARANTIES

En prévention de tout litige ou lorsque le litige est garanti, nous vous apportons nos conseils et notre assistance. Notre prestation peut consister en une information juridique téléphonique, un renseignement juridique, en des démarches amiables et/ou en la prise en charge des frais de procédure et des honoraires des intervenants.

En prévention de tout litige

L'information juridique téléphonique :

Vous avez la possibilité de nous contacter pour nous poser toute question d'ordre juridique, afin d'obtenir des informations générales et documentaires sur les règles de droit français en droit médical et en droit de la santé afin de prévenir la naissance d'un litige et contribuer à la sauvegarde de vos intérêts.

Ce service peut être contacté : **du lundi au vendredi de 9 h à 20 h et le samedi de 9 h à 12 h, au numéro suivant : 09 69 39 10 90 ou via le site www.civis.fr**

En cas de litige

Nous intervenons lorsque vous entendez obtenir réparation d'un préjudice que vous avez subi et que vous justifiez d'un intérêt fondé en droit ou lorsque vous êtes juridiquement fondé à résister à la demande d'un tiers.

Sur un plan amiable :

Le Renseignement Juridique :

Dans le cadre d'une prestation personnalisée et au vu des éléments que vous nous communiquez, nous vous exposons soit oralement, soit par écrit, les règles de droit applicables à votre cas et vous donnons un avis et / ou un conseil sur la conduite à tenir.

L'Assistance Amiable :

Après étude complète de votre situation, nous intervenons directement auprès de votre adversaire, afin de rechercher une issue négociée et conforme à vos intérêts. Lorsque l'appui d'un intervenant extérieur permet de faciliter l'issue amiable d'un litige, nous prenons en charge les frais et honoraires de ce dernier dans les conditions figurant au **§ MODALITÉS DE PAIEMENT ET MONTANTS DES BUDGETS DE PRISE EN CHARGE**.

Vous nous donnez mandat pour procéder à toute démarche ou opération tendant à mettre fin amiablement au litige déclaré et garanti.

Sur un plan judiciaire :

La Prise en charge Judiciaire :

Lorsque le litige est porté devant une commission ou une juridiction, nous prenons en charge les frais de procédure et les honoraires des intervenants dans les conditions figurant au **§ MODALITÉS DE PAIEMENT ET MONTANTS DES BUDGETS DE PRISE EN CHARGE**.

ÉTENDUE DE LA GARANTIE

Territorialité

La garantie s'exerce en France et dans le monde entier.

Montants de garantie (T.T.C.)

Ce sont les montants maximums de notre contribution financière pour un même litige. La contribution financière, quelle que soit la durée de traitement du (des) litige(s) déclaré(s) ne peut dépasser **31 017 €** pour l'ensemble des litiges survenus au cours d'une même année d'assurance. **Ce montant ne se reconstitue pas quelle que soit la durée de traitement du (des) litige(s) déclaré(s).**

MODALITÉS DE PAIEMENT ET MONTANTS DES BUDGETS DE PRISE EN CHARGE

Modalités de paiement

Nous prenons en charge, dans les conditions indiquées, les frais et honoraires d’avocat et d’huissier de justice ainsi que les frais de procédure, sous réserve qu’ils soient exposés avec notre accord préalable pour la défense de vos intérêts.

Les modalités de paiement diffèrent selon la juridiction territorialement compétente :

- **France et Principauté de Monaco** : nous acquitterons directement les frais garantis sans excéder les budgets définis ci-dessous.
- **Autres pays garantis** : il vous appartient, après notre accord préalable, et sous réserve du respect des conditions prévues par le § FORMALITÉS À ACCOMPLIR POUR LA MISE EN JEU DE LA GARANTIE, de saisir votre avocat. Par dérogation au § ÉTENDUE DE LA GARANTIE, nous vous rembourserons dans un délai maximum de DEUX MOIS, sur justificatifs, les frais et honoraires garantis au fur et à mesure des provisions acquittées.

Les montants contractuels de prise en charge

Les montants exprimés s’entendent toutes taxes comprises. Ces budgets sont cumulables sous réserve de ne pas dépasser les montants de garantie définis par le § ÉTENDUE DE LA GARANTIE.

BARÈME APPLICABLE AUX HONORAIRES D’AVOCAT ET D’EXPERT EN € TTC	
Consultation d’Expert	362,00 €
Démarches amiables	
• Intervention amiable	103,50 €
• Protocole ou transaction	310,50 €
Assistance préalable à toute procédure pénale	
• Assistance à une instruction	
• Assistance à une expertise judiciaire	362,00 €
Expertise amiable	1 034,00 €
Démarche au Parquet (forfait)	119,00 €
Médiation conventionnelle ou judiciaire	517,00 €
Tribunal de Police	
Juridiction de proximité statuant en matière pénale	517,00 €
Tribunal Correctionnel	827,50 €
Commissions diverses	517,00 €
Tribunal d’Instance	
Juridiction de proximité statuant en matière civile	775,50 €
Tribunal de Grande Instance	
Tribunal Administratif	
Autres juridictions du 1er degré	1 034,00 €
Référé	620,50 €
Référé d’heure à heure	775,50 €
Incidents d’instance et demandes incidentes	620,50 €
Ordonnance sur requête (forfait)	414,00 €
Cour ou juridiction d’Appel	1 034,00 €
Recours devant le premier Président de la Cour d’Appel	517,00 €
Cour de Cassation	
Conseil d’État	
Cour d’Assises	1 758,00 €
Juridictions des Communautés Européennes	
Juridictions étrangères (U.E. Andorre Monaco)	1 034,00 €
Juge de l’exécution	
Juge de l’exequatur	620,50 €

Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par intervention ou juridiction. Ces montants comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d’un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation, etc.) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d’avocat. Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée.

Ne sont pas pris en charge

- les frais de déplacement et vacations correspondantes, lorsque l’avocat est amené à se déplacer en dehors du ressort de la Cour d’Appel dont dépend son ordre,
- les honoraires d’avocat postulant,
- les condamnations, les amendes, les dépens et frais exposés par la partie adverse, que le Tribunal estime équitable de vous faire supporter si vous êtes condamné, ceux que vous avez accepté de supporter dans le cadre d’une transaction amiable, ou en cours ou en fin de procédure judiciaire, les cautions pénales ainsi que les consignations de partie civile,
- les frais et honoraires d’enquête pour identifier ou retrouver votre adversaire ou connaître la valeur de son patrimoine,
- les honoraires de résultat.

PLAFONDS, FRANCHISE ET SEUIL D'INTERVENTION EN € TTC	
Plafond maximum par litige ou différend :	31 017,00 €
dont plafond pour	517,00 €
<ul style="list-style-type: none"> • Démarches amiables • Expertise Judiciaire 	2 585,00 €
Seuil d'intervention	0,00 €
Franchise	0,00 €

FORMALITÉS À ACCOMPLIR POUR LA MISE EN JEU DE LA GARANTIE

Tout litige susceptible de mettre en jeu la garantie doit être déclaré à :

GIE CIVIS - 90, avenue de Flandre - 75019 PARIS ou par mail : giecivis@civis.fr, en rappelant la référence du contrat F1550422.

Vous devez déclarer par écrit le litige, ou le refus apposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire, dès que vous en avez connaissance, conformément à l'article L.113-2 du Code des assurances.

Dans le cadre de cette déclaration vous devez indiquer le numéro de la garantie et également nous communiquer dans les meilleurs délais, tous renseignements, documents et justificatifs nécessaires à la défense de vos intérêts ou tendant à établir la matérialité ou l'existence du litige.

ATTENTION : SAUF CAS D'URGENCE, vous devez solliciter notre accord préalable, avant d'introduire une procédure (judiciaire ou administrative) et/ou avant d'exercer une voie de recours ; à défaut, vous perdriez votre droit à garantie.

En tout état de cause et SAUF CAS D'URGENCE, nous ne prenons pas en charge les frais et honoraires appelés ou réglés antérieurement à la déclaration, sauf si vous pouvez justifier d'une urgence à les avoir engagés.

LIBRE CHOIX DU DÉFENSEUR

Lorsque l'intervention d'un avocat ou de toute personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur, pour défendre, représenter ou servir vos intérêts est nécessaire, vous avez **le libre choix de votre défenseur**.

Si vous n'en connaissez aucun, nous pouvons, à votre demande écrite, en mettre un à votre disposition.

Avec votre défenseur, vous avez la maîtrise de la procédure.

Le libre choix de l'avocat s'exerce aussi chaque fois que survient **un conflit d'intérêt**, c'est-à-dire l'impossibilité pour nous de gérer, de façon indépendante, un litige qui oppose, par exemple, deux assurés.

ARBITRAGE

En cas de désaccord entre l'assureur et l'assuré sur les mesures à prendre pour régler le litige déclaré (ex. : désaccord sur l'opportunité de saisir une juridiction ou d'exercer une voie de recours) :

1 - L'assuré a la faculté de soumettre ce désaccord à une tierce personne librement désignée par lui sous réserve :

- que cette personne soit habilitée à donner un conseil juridique et ne soit en aucun cas impliquée dans la suite éventuelle du dossier,
- d'informer l'assureur de cette désignation.

Les honoraires de la tierce personne, librement désignée par l'assuré, sont pris en charge par l'assureur dans la limite de **200 € TTC**.

2 - Conformément à l'article L.127-4 du Code des assurances, ce désaccord peut être soumis à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord avec l'assureur ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'assureur sauf décision contraire de la juridiction saisie.

Si l'assuré engage à ses frais, une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle proposée par l'assureur ou que celle proposée par l'arbitre, le premier lui rembourse les frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite de la garantie.

EXCLUSIONS APPLICABLES

Hormis pour l'information juridique téléphonique, **SONT EXCLUS DE LA GARANTIE :**

- **les litiges découlant d'une faute intentionnelle de votre part. Dans le cas où le caractère intentionnel ne serait établi qu'en cours ou après notre intervention, nous serions fondés à vous demander le remboursement des frais engagés,**
- **les litiges fondés sur le non-paiement de sommes dues par vous, dont le montant ou l'exigibilité n'est pas sérieusement contestable et toute intervention consécutive à votre état d'insolvabilité,**
- **les actions ou réclamations dirigées contre vous en raison de dommages mettant en jeu votre responsabilité civile lorsqu'elle est garantie par un contrat d'assurance ou lorsqu'elle aurait dû l'être en exécution d'une obligation légale d'assurance,**
- **les litiges à l'égard d'Alptis Assurances et de ses partenaires Organismes assureurs.**

Par ailleurs, l'Assureur ne peut pas être tenu pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution provoqués par :

- **une guerre civile ou étrangère déclarée ou non,**
- **la mobilisation générale,**
- **la réquisition des hommes et matériels par les autorités,**
- **tout acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées,**
- **les conflits sociaux, tels que grèves, émeutes, mouvements populaires et lock-out,**
- **les cataclysmes naturels,**
- **les effets de la radioactivité,**
- **les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat,**
- **les interdictions décidées par les autorités légales.**

3• Exonération des cotisations Santé

UNE AIDE CONCRÈTE POUR VOUS ET VOS PROCHES

En cas de décès accidentel de l'adhérent ou de son conjoint inscrit au dossier, gratuité pendant 2 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 (ainsi qu'à la Désirade, les Saintes et Marie-Galante).

Pour bénéficier de l'exonération des cotisations "Frais de santé", adressez le certificat de décès à :

Alptis Assurances - Service Prestations Prévoyance - 69445 LYON CEDEX 03.

INFORMATIONS DIVERSES COMMUNES À L'ENSEMBLE DES GARANTIES

ORGANISMES DE CONTRÔLE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - 75436 PARIS CEDEX 09, est chargée du contrôle de FILASSISTANCE et d'Alptis Assurances.

Le Commissariat aux Assurances (CAA), 7 boulevard Joseph II, L - 1840 Luxembourg, Grand Duché de Luxembourg, est chargé du contrôle et de l'agrément de Tokio Marine Europe S.A.

CADRE JURIDIQUE

Les prestations d'assistance et de protection juridique sont assurées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, Société Anonyme au capital de 3 500 000 euros. Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre, sous le numéro 433 012 689, dont le siège est situé au 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT CLOUD CEDEX et ci-avant dénommé **ALPTIS ASSISTANCE**.

Les prestations **Exonération des cotisations santé** sont assurées par **Tokio Marine Europe S.A.** - Société Anonyme immatriculée au Luxembourg au capital de 1 000 000 USD - Succursale en France : 6-8 boulevard Haussmann, 75441 PARIS CEDEX 09 - RCS PARIS B 843 295 221.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la Loi "Informatique et Libertés" modifiée, la collecte des données à caractère personnel de l'Adhérent est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par FILASSISTANCE INTERNATIONAL et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de FILASSISTANCE INTERNATIONAL, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Les informations personnelles de l'Adhérent pourront éventuellement faire l'objet de transferts vers des prestataires ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne pour l'exécution des prestations d'assistance.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, FILASSISTANCE INTERNATIONAL, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès de l'Adhérent des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données de l'Adhérent seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 Décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

L'Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

Sous certaines conditions réglementaires, l'Adhérent peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

L'Adhérent peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD (Délégué à la Protection des Données) par courrier (FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Délégué à la Protection des Données, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

L'Adhérent peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

L'Adhérent pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus.

En cas de désaccord persistant, l'Adhérent a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION DANS LE CADRE DES GARANTIES ASSISTANCE ET PROTECTION JURIDIQUE

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant : 09 69 39 10 90, qui veillera à répondre dans un délai maximal de quinze (15) jours, à compter de la demande.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le Bénéficiaire pourra adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE - Service Réclamations
108, Bureaux de la Colline
92213 SAINT-CLOUD CEDEX

Cette réclamation pourra également être formulée sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique "Contactez-nous".

Une réponse sera alors formulée dans un délai de quinze (15) jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, Filassistance enverra un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de quinze (15) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation.

Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse ci-dessous :

Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09

L'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans les deux (2) mois à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION DANS LE CADRE DE LA GARANTIE EXONÉRATION DES COTISATIONS

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent peut adresser une réclamation à Alptis Assurances, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

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

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

En cas de désaccord sur la réponse apportée, l'adhérent pourra saisir le Médiateur, dont les coordonnées lui seront transmises par les services d'Alptis Assurances. 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 (3) mois. Cet avis ne lie pas les parties.

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

LOI APPLICABLE - JURIDICTION COMPÉTENTE

Le présent Contrat est soumis à la Loi française.

Toutes contestations relatives à l'interprétation ou l'exécution du présent contrat seront soumises aux tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'assuré ou le siège social de l'Assureur.

Alptis Assurances

Intermédiaire d'assurance

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

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

Tokio Marine Europe S.A.

Agréée par le Ministre des Finances du Luxembourg et contrôlée par le Commissariat aux Assurances (CAA). Enregistrée au Registre de commerce et des sociétés du Luxembourg sous le No. B221975. Siège social : 33 rue Sainte Zithe, L2763, Luxembourg. Capital social de 1 000 000 USD. Tokio Marine Europe S.A (succursale en France) : 6-8 boulevard Haussmann, 75441 Paris cedex 09, enregistrée au RCS de Paris sous le N° B 843 295 221, TVA FR 60 843 295 221, agissant en conformité avec les règles françaises du Code des assurances

Filassistance International

108, bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD CEDEX

Société Anonyme au capital de 3 500 000 € - RCS Nanterre 433 012 689 - Entreprise régie par le Code des assurances

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

ZOOM SUR VOTRE ESPACE : adherent.alptis.org

Un concentré de fonctionnalités **simples** et **intuitives** pour vous permettre de gagner du temps sur la gestion de votre contrat.



Téléchargez et imprimez
vosre carte de tiers payant
à tout moment



Suivez le **détail de vos remboursements**
par bénéficiaire et votre consommation
grâce aux diagrammes récapitulatifs



Transmettez-nous **vos demandes**
et **documents directement en ligne**
grâce aux formulaires de contact



Consultez vos échéances, passées et à venir
et **réglez vos cotisations directement**
en ligne par carte bancaire



Consultez, complétez, corrigez
vos informations de contacts,
vos coordonnées bancaires...



Retrouvez le **détail de vos garanties**
et vos documents contractuels



Accédez à un **tableau de bord récapitulatif**
dès votre connexion : vue d'ensemble sur
l'activité de votre contrat en un clin d'œil



Géolocalisez les professionnels
de santé conventionnés

Connectez-vous en toute sécurité : par votre numéro d'adhérent ou votre adresse mail.

PARTICULIERS - INDÉPENDANTS - ENTREPRISES



SANTÉ



PRÉVOYANCE



ASSURANCE DE PRÊTS



ÉPARGNE RETRAITE



FINANCEMENT



Prévention - Assurance - Financement

Alptis Assurances

Intermédiaire d'assurance

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

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

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