



NOTICE

ANGEVA

SENIORS PLUS



L'ADHÉSION

Toute personne âgée de 60 ans et plus et :

- sans limite d'âge supérieure pour ANGEVA SENIORS Plus 1
 - de moins de 75 ans pour ANGEVA SENIORS Plus 2, 3 et 4
- résidant en France métropolitaine ou dans les DOM en complément de son régime de base.

SOMMAIRE

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS	2
TARIFS	3
CONDITIONS GÉNÉRALES	4-8
OBJET	4
ADHÉSION	4-5
GARANTIES	5-6
COTISATIONS	6
CESSATION DES GARANTIES	7
DEMANDES DE REMBOURSEMENTS	7
VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES	7
CHANGEMENT DE LA SITUATION DE L'ASSURÉ	7
DISPOSITIONS DIVERSES	7-8
LEXIQUE	8

NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle, prévue par l'article L. 141-4 du Code des assurances. Il reprend les dispositions du contrat d'assurance de groupe n° 7516 V, de durée annuelle à tacite reconduction, souscrit par l'Association ALPTIS SENIORS auprès de CNP IAM, entreprise régie par le Code des assurances.

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

ANGEVA SENIORS PLUS



Les remboursements incluent les remboursements du régime de base (sauf pour les montants exprimés en euros) ; ils ne peuvent dépasser les frais restant à la charge de l'assuré.

Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables".

FRAIS PRIS EN CHARGE	ANGEVA S+ 1	ANGEVA S+ 2	ANGEVA S+ 3	ANGEVA S+ 4
HOSPITALISATION MÉDICALE/CHIRURGICALE/A DOMICILE ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS (2) • Tiers payant (1)				
• Frais de séjour en secteur conventionné	Frais Réels 100 % BRSS	Frais Réels 125 % BRSS	Frais Réels 150 % BRSS	Frais Réels 200 % BRSS
• Frais de séjour en secteur non conventionné (3)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Honoraires (3)	Max 30 €/jr (max 30 jr/an)	Max 40 €/jr (max 45 jr/an)	Max 50 €/jr (max 60 jr/an)	Max 60 €/jr (max 90 jr/an)
• Chambre particulière	Frais Réels (max 90 jr/an)	Frais Réels (max 90 jr/an)	Frais Réels (max 90 jr/an)	Frais Réels (max 90 jr/an)
• Forfait hospitalier (4)				
Bonus fidélité après deux ans d'adhésion				
• Séjour conjoint accompagnant	Max 10 €/jr (max 30 jr/an)	Max 10 €/jr (max 30 jr/an)	Max 15 €/jr (max 30 jr/an)	Max 20 €/jr (max 30 jr/an)
• Frais annexes (télévision, téléphone, journaux...)	-	5 €/jour (max 30 jr/an)	5 €/jour (max 30 jr/an)	5 €/jour (max 30 jr/an)
SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
FRAIS MÉDICAUX COURANTS				
• Consultations et visites	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Actes d'imagerie et d'échographie • Tiers payant (1)	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Analyses, auxiliaires médicaux, transports • Tiers payant (1)	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de pédicure, de podologue, de chiropracteur, d'acupuncteur, de diététicien, non pris en charge par le régime de base (6)	-	Maximum 20 €/séance	Maximum 25 €/séance	Maximum 30 €/séance
(5 séances par année d'adhésion, par bénéficiaire, toutes spécialités confondues)				
PHARMACIE • Tiers payant (1)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Vignettes blanches, bleues et oranges	-	Maximum 30 €/an	Maximum 35 €/an	Maximum 40 €/an
• Pharmacie prescrite non prise en charge par le régime de base (5) (6)				
DENTAIRE				
• Soins	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Prothèses et orthodontie remboursées par le régime de base + supplément prothèses et orthodontie remboursées ou non prises en charge par le régime de base, traitement parodontologie, implantologie (6)	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
Plafonds de remboursement pour l'ensemble du poste dentaire hors soins (par bénéficiaire) :	-	Maximum + 100 €/an	Maximum + 150 €/an	Maximum + 200 €/an
- 1 ^{ère} année d'adhésion	-		450 €	600 €
- 2 ^{ème} année d'adhésion	-		900 €	1 200 €
- 3 ^{ème} année d'adhésion et suivantes	-		-	-
OPTIQUE • Tiers payant (verres et monture uniquement) (1)	Maximum 50 €/an	Maximum 100 €/an	Maximum 150 €/an	Maximum 200 €/an
• Verres, monture, lentilles prescrites remboursées ou non prises en charge par le régime de base y compris lentilles jetables, chirurgie réfractive (6)	Report de 25 % du montant de base en euros l'année suivante s'il n'est pas utilisé, plafonné à 4 ans			
• Supplément verres progressifs (6)	-	Maximum 25 €/an	Maximum 50 €/an	Maximum 75 €/an
PROTHÈSES MÉDICALES				
• Orthopédie, prothèses médicales et capillaires	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
• Prothèses auditives (6)	Maximum 200 €/an	Maximum 300 €/an	Maximum 400 €/an	Maximum 500 €/an
CURES THERMALES				
• Frais d'établissement et honoraires	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Frais de transports et d'hébergement (6)	Maximum 100 €/an	Maximum 150 €/an	Maximum 200 €/an	Maximum 250 €/an
PRÉVENTION				
• Actes remboursés par le régime de base (7)	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
• Actes non pris en charge par le régime de base :				
- vaccins non pris en charge par le régime de base (6)	Maximum 15 €/an	Maximum 15 €/an	Maximum 15 €/an	Maximum 15 €/an
- ostéodensitométrie non prise en charge (6)	Maximum 30 €/an	Maximum 35 €/an	Maximum 40 €/an	Maximum 50 €/an
SERVICES				
• Tiers payant (1) et remboursements automatisés (télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Assistance Plus (se reporter à la notice Assistance Plus) (8)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Protection juridique santé (se reporter à la notice Protection Juridique Santé)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter à la notice Assistance Plus) (8)	Oui	Oui	Oui	Oui

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

(1) Tiers payant pharmacie et hospitalisation disponibles dans tous les départements (ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin) et selon accords départementaux pour les autres prestations, dans la limite du ticket modérateur.

(2) Voir définition en page 5.

(3) Limité à 80 % des Frais Réels dans le cadre d'une hospitalisation dans un établissement non conventionné.

(4) Ce montant correspond au forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale.

(5) Médicaments, préparations pharmaceutiques, traitement du paludisme. La parapharmacie est exclue.

(6) Les montants sont alloués par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie) et par bénéficiaire.

(7) L'ensemble des actes de prévention fixé par l'arrêté du 8 juin 2006.

(8) Ces garanties sont applicables dans les DOM, à l'exclusion de la Guyane.

ANGEVA SENIORS PLUS

RÉGIMES TNS/SÉCURITÉ SOCIALE/AMEXA/AUTRES RÉGIMES* ET ALSACE-MOSELLE

(*tels que définis dans le lexique)

TARIF DE RÉFÉRENCE - ZONE S3 - TNS/SÉCURITÉ SOCIALE/AMEXA/AUTRES RÉGIMES*				
Age	ANGEVA S+ 1	ANGEVA S+ 2	ANGEVA S+ 3	ANGEVA S+ 4
60 ans	55,48 €	67,63 €	79,31 €	91,53 €
61 ans	56,86 €	69,31 €	81,28 €	93,81 €
62 ans	58,27 €	71,03 €	83,30 €	96,15 €
63 ans	59,72 €	72,80 €	85,38 €	98,54 €
64 ans	61,20 €	74,61 €	87,50 €	100,99 €
65 ans	62,72 €	76,46 €	89,68 €	103,51 €
66 ans	64,28 €	78,36 €	91,91 €	106,09 €
67 ans	65,88 €	80,31 €	94,20 €	108,73 €
68 ans	67,51 €	82,31 €	96,54 €	111,44 €
69 ans	69,19 €	84,36 €	98,95 €	114,21 €
70 ans	70,91 €	86,46 €	101,41 €	117,06 €
71 ans	72,67 €	88,61 €	103,93 €	119,97 €
72 ans	74,48 €	90,81 €	106,52 €	122,96 €
73 ans	76,33 €	93,07 €	109,18 €	126,03 €
74 ans	78,23 €	95,39 €	111,89 €	129,17 €
75 ans	80,17 €	97,76 €	114,68 €	132,39 €
76 ans	82,17 €			
77 ans	84,21 €	La cotisation évolue ensuite de 2,5 % par an jusqu'à 85 ans		
78 ans	86,31 €			
79 ans	88,46 €			
80 ans	90,66 €			
81 ans	92,91 €			
82 ans	95,23 €			
83 ans	97,60 €			
84 ans	100,03 €			
85 ans et plus	102,52 €			

TARIF DE RÉFÉRENCE - ZONE S3 - ALSACE-MOSELLE		
Age	ANGEVA S+ 3	ANGEVA S+ 4
60 ans	41,44 €	51,44 €
61 ans	42,46 €	52,71 €
62 ans	43,51 €	54,02 €
63 ans	44,59 €	55,36 €
64 ans	45,70 €	56,73 €
65 ans	46,83 €	58,14 €
66 ans	47,99 €	59,59 €
67 ans	49,18 €	61,06 €
68 ans	50,40 €	62,58 €
69 ans	51,65 €	64,14 €
70 ans	52,93 €	65,73 €
71 ans	54,24 €	67,36 €
72 ans	55,59 €	69,04 €
73 ans	56,97 €	70,75 €
74 ans	58,38 €	72,51 €
75 ans	59,83 €	74,31 €

La cotisation évolue ensuite de 2,5 % par an jusqu'à 85 ans

ÂGE

L'âge retenu est calculé par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance de l'assuré ; ensuite, la cotisation évolue en fonction de l'âge successivement atteint chaque année.

CES COTISATIONS SONT APPLICABLES À

- Tous les départements de France métropolitaine et les DOM.
- Tous les régimes de base autorisés.

COMMENT CALCULER LES COTISATIONS ?

- ZONE S1 - tarif de référence x 0,86**
03, 04, 05, 07, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 32, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 44, 46, 47, 48, 49, 53, 56, 58, 61, 63, 64, 65, 71, 72, 73, 76, 79, 80, 85, 86, 87, 97.
- ZONE S2 - tarif de référence x 0,93**
01, 09, 10, 11, 12, 14, 15, 21, 25, 38, 42, 43, 45, 50, 52, 55, 57, 66, 68, 70, 74, 81, 82, 88, 89, 90.
- ZONE S3 - tarif de référence**
02, 08, 20, 33, 51, 54, 60, 77, 83.
- ZONE S4 - tarif de référence x 1,07**
06, 30, 31, 34, 59, 62, 67, 69, 78, 84, 91, 93, 94, 95.
- ZONE S5 - tarif de référence x 1,14**
13, 75, 92.

A CES COTISATIONS S'AJOUTENT

- La cotisation d'adhésion à l'Association de **2,30 €** par mois et par dossier (qu'il y ait une ou plusieurs personnes assurées).
- Le droit d'entrée de **11 €** pour la constitution du dossier (cette somme est perçue une fois pour toutes lors de l'adhésion).

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique sans frais.

Les frais d'affranchissement ou d'appel téléphonique exposés par l'adhérent restent à sa charge.

LOI MADELIN

Les travailleurs non salariés, non agricoles en activité peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale de leurs cotisations pour le présent contrat, s'ils remplissent les conditions prévues par cette loi.

RÉDUCTION TARIFAIRE

Réduction de 10 % de la cotisation de l'adhérent et de son conjoint en cas de souscription du couple.

CONDITIONS GÉNÉRALES

ANGEVA SENIORS PLUS



PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'Association ALPTIS SENIORS dont le siège social est situé 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03,
- et d'autre part, CNP IAM, Société Anonyme au capital de 30 500 000 € entièrement libéré, filiale de CNP Assurances, Société Anonyme au capital de 594 151 292 € entièrement libéré - entreprises régies par le code des assurances - 383 024 189 RCS Paris - 341 737 062 RCS Paris. Siège social : 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15, ci-après dénommé l'assureur, entreprise soumise aux dispositions du Code des assurances, un contrat d'assurance de groupe n° 7516 V à adhésion facultative.

Ce contrat est ouvert aux membres de l'Association ALPTIS SENIORS.

La gestion de ce contrat est déléguée à ALPTIS ASSURANCES, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Le nom de la compagnie, le numéro de contrat et l'option choisie sont précisés sur le certificat d'adhésion envoyé à l'adhérent.

Le contrat s'inscrit dans le cadre des dispositifs législatifs des contrats responsables et solidaires.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

OBJET

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

Ce contrat ne peut pas être souscrit en tant que surcomplémentaire à une assurance complémentaire de frais de santé.

ADHÉSION

CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhérent et ses ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine ou dans les DOM ;

L'adhérent doit être âgé de 60 ans au moins à la date d'adhésion. Pour ANGEVA SENIORS Plus 1, il n'y a pas de limite d'âge supérieure.

Pour ANGEVA SENIORS Plus 2, 3 et 4, l'adhérent doit être âgé de moins de 75 ans (75 ans exclu).

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie et s'inscrire sur le même dossier.

Les assurés et l'adhérent doivent être affiliés à l'un des régimes de base de la protection sociale française.

Toutefois, pour l'adhérent et les assurés affiliés au régime Alsace-Moselle, la souscription n'est possible qu'à partir de ANGEVA SENIORS Plus 3.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

- L'adhérent doit compléter, signer et dater une demande d'adhésion indiquant l'option choisie et les éventuels ayants droit inscrits.
- Aucun questionnaire médical n'est exigé.

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

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

DROIT DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 30 (trente) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent :

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

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

L'article L. 112-9 du Code des assurances dispose que "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 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".

Afin de faciliter l'exercice de ce droit, et par dérogation au texte ci-dessus, le délai de renonciation est porté, dans le cadre du présent contrat, à 30 (trente) jours calendaires révolus à compter de la conclusion de l'adhésion (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

Modalités d'exercice du droit de renonciation :

Le courrier de renonciation devra être envoyé à ALPTIS ASSURANCES, 33 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec accusé de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

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

A..... Le

Signature

PRISE D'EFFET DES GARANTIES • DÉLAIS D'ATTENTE

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion, sauf application de délais d'attente.

- Pour ANGEVA SENIORS Plus 1, 2 : pas de délai d'attente.
- Pour ANGEVA SENIORS Plus 3 et 4, délais d'attente de :
 - 6 mois pour l'optique et le dentaire.
 - 3 mois pour les autres postes du descriptif des prestations (pas de délai d'attente pour les soins et l'hospitalisation consécutifs à un accident ou à une maladie infectieuse survenue après l'adhésion sur présentation de justificatifs) ;

Pendant ces périodes, les remboursements sont effectués sur la base d'ANGEVA SENIORS Plus 2.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES • DÉLAIS D'ATTENTE (suite)

Les délais d'attente peuvent être abrogés dans les cas suivants :

- pour les assurés bénéficiant de garanties équivalentes et de même niveau de garantie à la date d'adhésion (interruption de 60 jours au maximum à compter de la date de radiation), sur présentation de la copie du certificat de radiation et du descriptif des prestations du précédent contrat. A défaut de présentation de justificatifs, seule une abrogation partielle pourra s'appliquer ;
- pour les membres des professions libérales si l'adhésion intervient dans les 6 mois suivant leur inscription au régime d'assurance vieillesse ;
- pour les commerçants ou artisans si l'adhésion intervient dans les 6 mois suivant leur inscription au registre du commerce ou des métiers ;
- pour l'affiliation d'un ayant droit postérieurement à l'adhérent, les délais d'attente sont supprimés en cas de mariage ou de naissance, si l'affiliation est demandée dans un délai de 2 mois suivant l'événement.

MODIFICATION DE GARANTIE

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. Les limites d'âge d'accès aux garanties doivent aussi être respectées lors de la modification de la garantie. Les plafonds dentaires de première et deuxième année sont applicables en cas d'augmentation de garantie.

DURÉE DE L'ADHÉSION

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 et sous réserve du paiement des cotisations, la garantie acquise est viagère. En cours de contrat, aucun assuré ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé. L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

GARANTIES

RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base de l'assuré et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations). Les prestations accordées par l'organisme assureur visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant à l'article "Risques exclus". Sont couverts les frais médicaux et l'hospitalisation résultant d'un accident, d'une maladie et de la maternité.

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

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

- les prestations liées aux consultations et prescriptions des médecins consultés dans le cadre du respect du parcours de soins, mentionnées à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale dans les conditions définies au I de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale ;
- les prestations liées à la prévention dans les conditions définies au II de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, dont la liste est fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs, à partir de la date d'effet de la garantie). Dans le cadre des prothèses dentaires et de l'orthodontie remboursées par le régime de base, le montant exprimé en euros intervient en complément du remboursement exprimé en pourcentage du BRSS. Les remboursements des prothèses dentaires et de l'orthodontie sont plafonnés, par assuré, au cours des deux premières années d'adhésion.

REPORT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS NON UTILISÉS POUR LES POSTES DENTAIRE ET OPTIQUE

Si le montant exprimé en euros n'a pas été utilisé au cours d'une année (dentaire : pas de consommation dentaire ou consommation totalement prise en charge au titre du pourcentage de la BRSS - optique : pas de consommation optique), calculée à partir de la date d'effet de la garantie de l'assuré, 25 % de ce montant s'ajoute au montant de l'année suivante, dans la limite de 4 années, soit au maximum deux fois la valeur initiale du montant de base.

BONUS FIDÉLITÉ HOSPITALISATION

A partir de la 3^e année d'adhésion, l'assuré bénéficie des prestations séjour du conjoint accompagnant et frais annexes. Le nombre d'année est calculé à partir de la date d'effet de la garantie de l'assuré. Toute modification de garantie annule le nombre d'années d'adhésion écoulées avant la modification.

VERRES PROGRESSIFS

Ce montant est versé en supplément des autres prestations du poste optique sur présentation de la prescription de l'ophtalmologiste et de la facture détaillée de l'opticien.

MÉDECINES NATURELLES

Les actes, non pris en charge par le régime de base, d'ostéopathes, étiopathes, pédicures, podologues, acupuncteurs, chiropracteurs et diététiciens sont pris en charge dans la limite de 5 séances par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie) par assuré selon le montant prévu, toutes spécialités confondues. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé (ce praticien doit être un médecin lorsqu'il s'agit de séances d'acupuncture).

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS

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 spécialisés :
 - les établissements psychiatriques,
 - les établissements de soins de suite,
 - les établissements de réadaptation.

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS (suite)

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile). Pour le forfait journalier, le nombre de jours indemnisés est limité à 90 jours par an.

Pour la chambre particulière, le nombre de jours indemnisés est limité à 30 jours par an sur le niveau 1, à 45 jours par an sur le niveau 2, à 60 jours par an sur le niveau 3 et à 90 jours par an sur le niveau 4.

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

CURES THERMALES

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

PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

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

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées en France métropolitaine, dans les DOM et dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas deux mois.

Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France. Le niveau des remboursements est défini dans le poste "Soins et prestations inopinés à l'étranger" du descriptif de prestations.

Les règlements sont effectués en France et en euros.

RISQUES EXCLUS

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

- la guerre civile et étrangère ;
- la désintégration du noyau atomique ;
- les faits volontaires de l'assuré, y compris la mutilation volontaire et la tentative de suicide ;
- l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.

De plus, ne sont pas pris en charge :

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- les séjours et frais relatifs aux établissements médico-sociaux : établissements pour personnes handicapées (instituts ou centres médico-psychopédagogiques, instituts médico-éducatifs, maisons accueil spécialisées, institut médico-professionnel, foyer d'accueil médicalisé, service d'accueil médico-social pour adulte handicapé...), établissements pour personnes âgées (maison de retraite, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, service de soins infirmiers à domicile...), les CCAA, ACT, CAARUD, LHSS... ;
- les séjours en maisons d'enfants ;
- les frais relatifs aux établissements de longs séjours ;
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de l'organisme assureur indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du régime de base de l'assuré ;
- les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

Les garanties du présent contrat dit responsable ne couvrent pas, conformément à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

I. la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2-II du code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 322-2-III du code de la Sécurité sociale ;

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

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

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

Enfin, en tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale.

LIMITE DES PRESTATIONS

Les remboursements ou les indemnisations ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

COTISATIONS

DÉPARTEMENT DE RÉSIDENCE

La cotisation prend en compte le département de résidence principale de l'adhérent au moment de son adhésion à la garantie.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.

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

AIDE À L'ACQUISITION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (CRÉDIT D'IMPÔT)

Le présent contrat peut permettre aux adhérents qui remplissent les conditions afférentes, de bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, prévue à l'article L. 863-1 et suivants du code de la Sécurité sociale (droit à déduction sur les cotisations de protection complémentaire santé).

Pour tout renseignement, contacter l'organisme gérant votre régime de base.

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que l'assuré ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- en cas de résiliation par l'adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée, avec un préavis de 2 mois (avant le premier novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre). Les conditions de radiation d'un ayant droit sont identiques aux conditions de résiliation d'un adhérent ;
- en cas de non paiement des cotisations : à défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, ALPTIS ASSURANCES adressera à l'adhérent par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner la résiliation dans les conditions prévues à l'article L. 113-3 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 ;
- 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 cas de décès de l'assuré ;
- en cas de démission par l'adhérent de l'association au 31 décembre par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois.

DEMANDES DE REMBOURSEMENTS

ALPTIS ASSURANCES pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base. Ceci permet d'éviter l'envoi des décomptes papiers (sous réserve de la présence sur le décompte de la mention "copie transmise pour information à votre organisme complémentaire"). Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les assurés inscrits.

Les assurés sociaux pour lesquels la télétransmission n'est pas opérationnelle doivent envoyer à ALPTIS ASSURANCES les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations.

En outre, pour obtenir le règlement des prestations des montants exprimés en euros (cures thermales, optique...), l'assuré doit envoyer à ALPTIS ASSURANCES les notes d'honoraires ou factures acquittées justifiant les dépenses réelles.

Dans tous les cas, l'assureur peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par l'assuré d'informations ou justificatifs complémentaires. Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations.

Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance. La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Outre l'évolution en fonction de l'âge, les cotisations sont indexées au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution de la consommation médicale totale (CMT) nationale, et des résultats du contrat.

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

CHANGEMENT DE LA SITUATION DE L'ASSURÉ

L'adhérent doit informer ALPTIS ASSURANCES par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un assuré :

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

DISPOSITIONS DIVERSES

DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION

Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée

Les informations personnelles recueillies dans le cadre du contrat font l'objet d'un traitement automatisé principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection, animations commerciales. Ces informations pourront être utilisées par l'organisme assureur pour études statistiques, prévention de la fraude ou obligations légales. Conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier indiquant le numéro de contrat et le numéro d'adhérent à l'adresse suivante : ALPTIS ASSURANCES - 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme assureur et d'ALPTIS ASSURANCES est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) - 61, rue Taiibout - 75009 PARIS.

FONDS DE GARANTIE

Il existe 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).

DÉLAI DE PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui lui donne naissance conformément aux articles L. 114-1 et L. 114-2 du code des assurances.

La prescription peut être interrompue par :

- une citation en justice, une saisie ou un commandement,
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant le paiement de la cotisation ou d'un sinistre.

SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres assurés 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. 113-8 (nullité du contrat), L. 113-9 (réduction des indemnités) et L. 132-26 du code des assurances.**

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 à l'assuré.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent formule sa réclamation à ALPTIS ASSURANCES. Si la réponse apportée ne convient pas, l'adhérent peut adresser une nouvelle réclamation auprès de l'organisme assureur qui communiquera, si la position est maintenue, les coordonnées d'un médiateur indépendant.

LEXIQUE

ADHÉRENT

Personne membre de l'Association et qui adhère à la présente convention de groupe. Un enfant mineur sans activité professionnelle ne peut être adhérent.

ASSURÉS

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

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS)

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

CERTIFICAT D'ADHÉSION

C'est le document envoyé à l'adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites.

COUPLE-CONJOINT

Toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

DÉLAI D'ATTENTE

Il s'agit de la période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas ou ne s'appliquent que partiellement. Le délai d'attente court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

RÉGIME DE BASE

Régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié l'assuré (Régime Général de la Sécurité sociale ; Régime des TNS ; Régime des exploitants agricoles : AMEXA ; Régime des salariés agricoles ; Régime des DOM ; Régime des étudiants ; Régime d'Alsace-Moselle ; Régime des fonctionnaires).

ALPTIS ASSURANCES

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Email : gestion@alptis.fr • Internet : www.alptis.org
Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr
Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances