

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Co-concepteur : Alptis Assurances - Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS sous le n° 07 005 850 et régi par le Code des assurances

Compagnies et Co-concepteur :

Apicil Mutuelle dont le siège social est situé 38 rue François Peissel - 69300 CALUIRE ET CUIRE - SIREN n° 302 927 553

Groupe Smiso Mutuelle des Cadres dont le siège social est situé 7/9 place du théâtre - 59800 LILLE - SIREN n° 324 310 614

Miltis dont le siège social est situé 25 cours Albert Thomas - 69003 LYON - SIREN n° 417 934 817

Mutuelles régies par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité

Produit : Santé Plurielle

Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit **Santé Plurielle** est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Peuvent adhérer toute personne physique âgée de moins de 85 ans.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à **des plafonds** qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

LES GARANTIES DE BASE

- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, honoraires, forfait journalier hospitalier. Chambre particulière en secteur conventionné et non conventionné
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, consultations et visites, analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, transport, matériel médical, médicaments et actes de prévention pris en charge par le régime de base, et soins inopinés à l'étranger pris en charge par le régime de base
- ✓ **Frais dentaires** : soins, prothèses, inlay core, orthodontie, pris en charge par la Sécurité sociale. Prothèses, orthodontie, inlay core, parodontologie, implantologie, non pris en charge par la Sécurité sociale. Panier de soins 100 % Santé
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture + verres), lentilles de contact prescrites y compris lentilles jetables. Chirurgie réfractive. Panier de soins 100 % Santé
- ✓ **Aide Auditive** : prothèses auditives. Panier de soins 100 % Santé à compter du 01.01.2021

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Renfort Bien-Être : prise en charge de la médecine complémentaire, cure thermale, automédication, vaccins et médicaments non pris en charge par le régime de base

Renfort dentaire/optique/audioprothèse : remboursements supplémentaires de l'optique, des prothèses dentaires et aides auditives

Renfort Hospitalisation : remboursement des dépassements d'honoraires, chambre particulière et séjour accompagnant

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS SONT LES SUIVANTS

- ✓ Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission
- ✓ Assistance santé
- ✓ Exonération des cotisations en cas de décès accidentel
- ✓ Protection Juridique Santé

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE :

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires relatifs aux actes réalisés en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements.
- ! Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les :
 - établissements et services sociaux,
 - établissements médico-sociaux et médico-pédagogiques,
 - établissements ou unités de longs séjours,
 - 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.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT RESPONSABLE :

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans. Cette période est réduite à un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue ou réduite à 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage. Remboursement de la monture limité à 100 € par équipement.
- ! **Honoraires médicaux** : plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

LES AUTRES RESTRICTIONS PRÉVUES AU CONTRAT :

- ! Peuvent adhérer aux niveaux 4, 5 et aux renforts optionnels, uniquement les personnes de moins de 80 ans.
- ! Pour les bénéficiaires affiliés au régime Alsace-Moselle, la souscription n'est possible que pour les niveaux 2, 3, 4 et 5.
- ! **Optique** : la consommation d'un équipement optique (monture + verres) ou de lentilles dans l'année d'adhésion exclut tout remboursement au titre de la chirurgie réfractive.
- ! **Chambre particulière** : non prise en charge en établissements et unités spécialisés (psychiatrie, soins de suite et réadaptation), sauf renfort hospitalisation permettant une prise en charge pour les soins de suite et réadaptation.
- ! **Dentaire** : plafonds de remboursement (hors soins) par année d'adhésion et par bénéficiaire sur le niveau 5.
- ! Les frais de santé qui interviennent dans le délai de :
 - 3 mois suivant la prise d'effet de l'adhésion pour le renfort hospitalisation, lorsqu'il est souscrit simultanément avec la garantie de base ;
 - 3 mois suivant la prise d'effet de l'adhésion pour le renfort Bien-Être, lorsqu'il est souscrit ultérieurement à la garantie de base ;
 - 6 mois suivant la prise d'effet de l'adhésion pour les renforts dentaire-optique-audioprothèse et Hospitalisation, lorsqu'ils sont souscrits ultérieurement à la garantie de base.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France.
- ✓ Dans le monde entier, pour des soins inopinés, lors de séjours n'excédant pas une durée totale de trois mois par an (en un ou plusieurs séjours). Les soins effectués à l'étranger ne seront remboursés qu'à condition d'être pris en charge par le régime de base.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie, l'assuré doit :

- À la souscription du contrat

Compléter, dater et signer une demande d'adhésion indiquant le niveau de garantie choisi et les éventuels ayants droit à garantir.
Être affilié à l'un des régimes de base de la protection sociale française.
Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

- En cours de contrat

Signaler tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations, par écrit, dans le mois qui suit la connaissance que l'assuré a de l'un des événements suivants : changement d'adresse, changement du département de résidence, changement du régime de base, changement de profession.
Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

- Pour le remboursement des frais de santé

Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date prévue par le contrat.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix de l'assuré (semestriel, trimestriel ou mensuel).
Le paiement peut être effectué par prélèvement bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à la date fixée d'un commun accord et indiquée dans le certificat d'adhésion, et au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion au siège d'Alptis Assurances.
Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Il est possible de résilier le contrat en utilisant tout support énuméré à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité :

- au moins deux mois avant la date d'échéance principale du contrat, fixée au 31 décembre de chaque année ;
- à la suite d'une modification du contrat d'assurance de groupe, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré ;
- en cas de révision des cotisations, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré ;
- à tout moment, dès lors que l'adhérent a souscrit son contrat depuis plus d'un an, en respectant un préavis d'un mois.

Réf : SANTÉ PLURIELLE - 11/2020 - page 2/2

Alptis Assurances

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS sous le n° 07 005 850 - www.orias.fr
RCS Lyon 335 244 489 - N° TVA : FR373352444895 - Siège social : 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03

Apicil Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIREN sous le n° 302 927 553
Siège social : 38 rue François Peissel - 69300 CALUIRE ET CUIRE

Groupe Smiso Mutuelle des Cadres

7-9 Place du Théâtre - 59800 LILLE
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)