

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : CNP Assurances - Société anonyme régie par le Code des assurances immatriculée en France, SIREN n° 341 737 062 et régie par le Code des assurances

Produit : Santé Frontaliers

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 contrat d'assurance complémentaire de frais de soins de santé à adhésion facultative - Santé Frontaliers - est destiné à rembourser, en complément des prestations servies par le régime d'assurance maladie obligatoire français, tout ou partie des frais de soins de santé restant à la charge de l'assuré résidant dans l'un des départements frontaliers de la Suisse, et éventuellement de leurs ayants droit. Ce contrat est composé de modules de prestations complémentaires auxquels les assurés peuvent souscrire. Ce produit d'assurance respecte les conditions légales pour être qualifié de contrat responsable.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations ne peuvent être plus élevés que les dépenses réelles engagées. Ils varient en fonction du niveau de garanti choisi et figurent dans le tableau de prestations. Ainsi, suivant les cas, ils peuvent couvrir totalement ou partiellement le reste à charge pour l'assuré.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour en France, honoraires en secteur conventionné ou non conventionné, forfait journalier hospitalier.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, transport. Médicaments pris en charge à 65 % et 30 % par le régime de base français, actes de prévention remboursés par le régime de base, matériel médical, soins inopinés à l'étranger et en Suisse pris en charge par le régime de base français.
- ✓ **Cures thermales** : honoraires, frais de transport et d'hébergement, forfait thermal et soins.
- ✓ **Dentaire** : soins (y compris ceux réalisés en Suisse non remboursés par le régime de base français), inlays, onlays, scellement des sillons, prothèses et orthodontie pris en charge par le régime de base et supplément prothèses et orthodontie prises en charge ou non par le régime de base, implantologie non prise en charge par le régime de base. Panier de soins 100 % santé.
- ✓ **Optique** : frais remboursés par le régime de base français ou frais optique en Suisse, prescrits, non remboursés par le régime de base français, lunettes, lentilles de contact prescrites y compris lentilles jetables, chirurgie réfractive. Panier de soins 100 % santé.
- ✓ **Aide auditive** : prothèse auditive. Panier de soins 100 % santé à compter du 01.01.2021.

LES GARANTIES PRÉVUES SUR LES NIVEAUX "FRONTALIERS 125" À "FRONTALIERS 300" :

Chambre particulière

Séjour accompagnant enfant de moins de 16 ans

Forfait naissance ou adoption

Consultation, visites, actes d'imagerie et d'échographie, analyses, auxiliaires médicaux, transport, actes de médecine complémentaire réalisés en Suisse et non remboursés par le régime de base français
Médicaments pris en charge à 15 % par le régime de base français.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

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

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 :

- ! **Chirurgie esthétique et actes esthétiques** non pris en charge par le régime de base.
- ! **Actes cotés hors nomenclature** sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.
- ! **Hospitalisation** : les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les établissements et services sociaux, médico-sociaux et médico-pédagogiques,
 - dans les établissements ou unités longs séjours,
 - dans les établissements ou unités pour personnes âgées.
- ! **Participation forfaitaire de 1 € et franchises** sur les médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! **Majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires** relatifs aux actes réalisés en dehors du parcours de soins.
- ! **Dépassements d'honoraires** au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Bénéficiaires affiliés au régime Alsace-Moselle** : la souscription n'est possible que pour les niveaux "Frontaliers 125" à "Frontaliers 300".
- ! **Chambre particulière** : prise en charge limitée à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements ou unités de soins spécialisés.
- ! **Optique** : un équipement (monture + verres) par bénéficiaire tous les 24 mois (12 mois pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, ou 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture au visage). Remboursement de la monture limité à 100 € par équipement. La consommation d'un équipement optique ou de lentilles dans l'année d'adhésion exclut tout remboursement au titre de la chirurgie réfractive.
- ! **Chirurgie réfractive** : prise en charge limitée à deux actes par année d'adhésion.
- ! **Dentaire** : plafonds de remboursement par année d'adhésion et par bénéficiaire, y compris sur le panier de soins 100 % santé, hors soins sur les niveaux Frontaliers 125 à 300.
- ! **Les forfaits (médecines complémentaires, équipement optique, lentilles et chirurgie réfractive) en France et en Suisse ne sont pas cumulables.**



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France.
- ✓ Dans le monde entier, pour des soins inopinés, lors de séjours ne dépassant pas une durée totale de trois mois par an (en un ou plusieurs séjours).



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.

– En cas de sinistre

Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
Faire parvenir à Alptis Assurances, la facture accompagnée du détail des soins, de la prescription médicale et du reçu de paiement, pour les soins réalisés en Suisse et non pris en charge par le régime de base français, prévus au sein de la notice d'information.



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 ?

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

La couverture de l'assuré 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,
L'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours pour renoncer à son adhésion à compter de celle-ci.

La couverture cesse :

- dès que l'assuré 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 cas de résiliation par l'assuré à l'échéance annuelle au 31 décembre ;
- en cas de démission par l'assuré de l'association ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- A la date de résiliation du contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhérent peut résilier son adhésion en utilisant tout support énuméré à l'article L113-14 du Code des assurances :

- à la date d'échéance principale du contrat, fixée au 31 décembre de chaque année, au moins deux mois avant cette date ;
- 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.