

Document d'information sur le produit d'assurance

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

Compagnie : Miltis - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité

Produit : Ligne Santé Collective [Syntec]

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 a pour objet de faire bénéficier à tous les membres de la catégorie de personnel de l'adhérent d'un dispositif obligatoire composé de modules de prestations complémentaires au régime de base français.

Ce produit d'assurance respecte les conditions légales pour être qualifié de contrat responsable, notamment les paniers de soins 100 % Santé, et les obligations conventionnelles de la branche des "bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs conseil et sociétés de conseil".



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 garantie 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.**

Sous réserve des formalités d'adhésion :

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation chirurgicale, médicale, à domicile, maternité, unités et établissements spécialisés (en soins de suite, réadaptation et psychiatrie) :** frais de séjour, honoraires, chambre particulière, forfait hospitalier et séjour accompagnement.
- ✓ **Soins courants :** honoraires médicaux (consultations et visites généralistes ou spécialistes, actes techniques médicaux, d'obstétrique, d'anesthésie, de chirurgie, actes d'imageries et d'échographie), analyses et examens de laboratoires, honoraires paramédicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures podologues, etc.), transport.
- ✓ **Médicaments** pris en charge par le régime de base.
- ✓ **Matériel médical :** appareillage et prothèses médicales.
- ✓ **Aides auditives :** prothèses auditives et prestations accessoires (piles, etc.)
- ✓ **Frais dentaires :** soins dentaires, orthodontie, inlays-cores, prothèses dentaires, et implantologie.
- ✓ **Frais optiques :** lunettes, lentilles de contact prescrites et chirurgie réfractive.
- ✓ **Prévention :** actes de prévention pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire, consultation en médecines complémentaires.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

- ✓ Assistance santé.
- ✓ Protection Juridique Santé.
- ✓ Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission.
- ✓ Participation aux actions de prévention santé.

LES GARANTIES PRÉVUES SUR LES NIVEAUX RÉGIME AMÉLIORÉ ET RÉGIME RENFORCÉ UNIQUEMENT :

Frais dentaires : parodontologie non prise en charge par le régime de base - orthodontie refusée par la Sécurité sociale.

LES GARANTIES PRÉVUES SUR LE NIVEAU RÉGIME RENFORCÉ UNIQUEMENT :

Prévention : sevrage tabagique, vaccin contre la grippe, vaccins prescrits non remboursés, moyens contraceptifs féminins, prescription diététique et ostéodensitométrie osseuse.

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'affiliation ou postérieurement à la date de cessation des garanties.
- ✗ Les séjours qui sont en cours à la date d'affiliation, dans tous types d'établissements.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les établissements et services sociaux, médico-sociaux et médico-pédagogiques,
 - dans les établissements ou unités de longs séjours,
 - dans les 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 chambres particulières pour le secteur non conventionné.



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 PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Unités et établissements spécialisés (en soins de suite, réadaptation) :** la chambre particulière est indemnisée au maximum 90 jours par an.
- ! **Optique :** remboursement de la monture limité à 100 € par équipement.
- ! **Optique :** prise en charge d'un équipement optique (monture + verres) tous les 2 ans. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue, et à 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage).
- ! **Dentaire en dehors du panier 100 % Santé :** pour les prothèses, remboursement limité à 3 prothèses par an.
- ! **Aide auditive :** prise en charge d'une aide auditive par bénéficiaire tous les 4 ans et dans la limite du prix limite de vente par aide auditive de classe I dans la limite de 1 700 euros par aide auditive de classe II.
- ! **Médecines complémentaires :** limitées en nombre de séances et en montant, par an et toutes spécialités confondues.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine (hors Monaco).
- ✓ Dans les départements de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Réunion, et de la Guyane, à Saint-Martin (**territoire français**) ou à Saint-Barthélemy.
- ✓ Dans le monde entier, pour des soins inopinés, lors de séjours n'excédant pas une durée totale de 3 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 d'assurance maladie obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

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

– À l'adhésion au contrat

Fournir la liste des salariés de la catégorie de personnel assurable à la date de demande d'adhésion au contrat.

Fournir les demandes individuelles d'affiliation complétées et signées conjointement par l'entreprise et par chaque participant appartenant à la catégorie de personnel assurable.

Remettre aux participants les notices d'information y compris celles modifiées en cours de contrat.

Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

– En cours de contrat

Informé les participants par écrit des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations, notamment avant toute réduction de garanties, toute modification tarifaire ou résiliation de l'adhésion.

Informé Alptis Assurances de toute procédure collective (notamment de redressement ou liquidation judiciaire) visant l'entreprise au plus tard dans les 15 jours suivant son ouverture.

Informé Alptis Assurances de toute modification de sa propre situation, ou de celle d'un participant au plus tard dans les 15 jours qui suivent le changement de situation.

Régler les cotisations trimestrielles correspondantes dans les dix jours suivant la fin de chaque trimestre.

– En cas de sinistre

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



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables trimestriellement dans les dix jours qui suivent la fin de chaque trimestre.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion au contrat prend effet à la date souhaitée par l'entreprise Adhérente et indiquée dans le contrat d'adhésion.

L'adhésion se renouvelle annuellement par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas prévus au contrat.

Dans tous les cas, Alptis Assurances peut mettre fin à l'adhésion à tout moment et sans préavis lorsqu'il n'y a plus de participant dans la (les) catégorie(s) de personnel affilié ou lorsque l'Entreprise Adhérente cesse d'exister.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'entreprise adhérente peut résilier son adhésion, dans les formes énoncées dans les Conditions générales, notamment dans les cas suivants :

- à l'expiration d'un délai d'un an, en la notifiant au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat, fixée au 31 décembre de chaque année (au plus tard le 30 octobre de chaque année) ;
- après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription ;
- en cas de révision des cotisations, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'entreprise adhérente.

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

Miltis

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIREN sous le n° 417 934 817
Siège social : 25 cours Albert Thomas 69003 LYON