

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 :

Groupe Smiso Mutuelle des Cadres dont le siège social est situé 95 rue de Jemmapes - 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 Select NR

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 pré-contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le descriptif des prestations.

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

Le produit **Santé Select NR** 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 ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables.



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 figurant 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 secteur conventionné et non conventionné, forfait journalier hospitalier, honoraires, chambre particulière, séjour accompagnant.

LES GARANTIES PRÉVUES SELON LE NIVEAU SOUSCRIT :

Soins courants :

Niveaux 2 à 5 : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, soins inopinés à l'étranger pris en charge par le régime de base, cures thermales prises en charge par le régime de base, transport, matériel médical, médicaments pris en charge par le régime de base.

Niveaux 3 à 5 : médicaments et vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS SONT LES SUIVANTS :

- ✓ Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission.
- ✓ Assistance santé dont un service de téléconsultation.
- ✓ 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.
- ✗ Les soins reçus pendant le délai d'attente (à l'exclusion des soins courants) sauf si l'adhérent est victime d'un accident après la prise d'effet des garanties.
- ✗ 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.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! 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 :

- ! L'adhésion au présent contrat est ouverte aux personnes âgées d'au moins 60 ans ou aux personnes ayant le statut de travailleur non salarié ou aux présidents de SAS/SASU.
- ! Il est possible d'adhérer à la garantie en souscrivant le module Hospitalisation seul ou le module Hospitalisation et Soins courants en choisissant le même niveau pour l'ensemble des postes.
- ! Chambre particulière (exclue en psychiatrie) :
 - Non prise en charge en cas d'hospitalisation en établissement et unités spécialisés ;
 - Prise en charge dans la limite de 30 jours en cas de soins de suite et de réadaptation.



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.

L'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours pour renoncer à son adhésion suivant les modalités propres à la vente à distance ou au démarchage à domicile.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction au 1er 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.

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

Groupe Smiso Mutuelle des Cadres

95 rue de Jemmapes - 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)