



NOTICE

ANGEVA

SENIORS PLUS

FRAIS DE SANTÉ 2007



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'assurances de groupe n° 7516 V, de durée annuelle à tacite reconduction, souscrits par l'Association ALPTIS SENIORS auprès de CNP IAM, entreprise régie par le code des assurances.

Réf : **ANGEVA S +**

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

ANGEVA SENIORS Plus 2007



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 • Tiers payant (1)				
• Frais de séjour en secteur conventionné	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Frais de séjour en secteur non conventionné (2)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Honoraires (2)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Chambre particulière	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)
• Forfait hospitalier (3)	Frais Réels (max 90 jr/an)	Frais Réels (max 90 jr/an)	Frais Réels (max 90 jr/an)	Frais Réels (max 90 jr/an)
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 (5 séances par année d'adhésion et par bénéficiaire, toutes spécialités confondues)	-	Maximum 20 €/séance	Maximum 25 €/séance	Maximum 30 €/séance
PHARMACIE • Tiers payant (1)				
• Vignettes blanches, bleues et oranges	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Pharmacie prescrite non prise en charge par le régime de base (4) (5)	-	Maximum 30 €/an	Maximum 35 €/an	Maximum 40 €/an
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 (5)	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)				
• Verres, monture, lentilles prescrites remboursées ou non prises en charge par le régime de base y compris lentilles jetables, chirurgie réfractive (5)	Maximum 50 €/an	Maximum 100 €/an	Maximum 150 €/an	Maximum 200 €/an
• Supplément verres progressifs (5)	-	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 (5)	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 (5)	Maximum 100 €/an	Maximum 150 €/an	Maximum 200 €/an	Maximum 250 €/an
PRÉVENTION				
• Actes remboursés par le régime de base (6)	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 (5)	Maximum 15 €/an	Maximum 15 €/an	Maximum 15 €/an	Maximum 15 €/an
- ostéodensitométrie non prise en charge (5)	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) (7)	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) (7)	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 disponible uniquement dans certains départements (selon accords passés avec les praticiens) dans la limite du ticket modérateur sauf pour l'optique. Les soins externes peuvent aussi faire l'objet de tiers payant.

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

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

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

(5) 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.

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

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

CONDITIONS GÉNÉRALES

ANGEVA SENIORS PLUS 2007



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 du médecin traitant dans le cadre 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^{ème} 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).

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 en maisons d'enfants ;
- les frais relatifs aux établissements de longs séjours ;
- les séjours en instituts ou centres médico-psycho-pédagogiques, les séjours en instituts médico-éducatifs ;
- 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 :

- la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale ;
- 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.

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.

CONDITIONS GÉNÉRALES

ANGEVA SENIORS Plus 2007



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) ;
- 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.

Les conditions de radiation d'un ayant droit sont identiques aux conditions de résiliation d'un adhérent.

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.

CONDITIONS GÉNÉRALES

ANGEVA SENIORS PLUS 2007



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'assureur est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout - 75009 PARIS (ACAM).

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.

SANCTION 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.

MÉDIATION

Les modalités de la procédure de médiation seront communiquées sur demande adressée au service relation consommateur des organismes assureurs. Voir adresse dans le préambule.

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.

DATE D'EFFET

C'est la date à partir de laquelle les garanties prennent effet et les cotisations sont dues.

DÉLAI D'ATTENTE

Il s'agit de la période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas ou ne s'appliquent que partiellement.

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).