



**FRAIS DE SANTÉ**  
**2006**

**NAHITA**

**sans formalité médicale**

## **La souscription**

**Toute personne de moins de 65 ans,**  
résidant en France (Métropole et DOM)  
en complément de son régime de base.

### **NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE**

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle. Il reprend les dispositions du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° NAHITA 06, souscrit par les associations ALPTIS et APTI auprès de MILTIS, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité (RNM n° 432 218 923).

Réf : **NAHITA**

# SOMMAIRE

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS.....	3
TARIFS.....	4
CONDITIONS GÉNÉRALES.....	5-8
L'OBJET.....	5
L'ADHÉSION.....	5
CONDITIONS D'ADHÉSION.....	5
PRISE D'EFFET.....	5
DÉLAIS D'ATTENTE.....	5
DURÉE DE L'ADHÉSION.....	5
LES COTISATIONS.....	5
PAIEMENT DES COTISATIONS.....	5
CRÉDIT D'IMPÔT.....	5
LES GARANTIES.....	6
RISQUES COUVERTS.....	6
TÉLÉTRANSMISSION DES DÉCOMPTES.....	6
PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION.....	6
ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES.....	6
RISQUES EXCLUS.....	6
LIMITE DES PRESTATIONS.....	6
MODIFICATION DE GARANTIE.....	6
DEMANDES DE REMBOURSEMENTS.....	7
LA CESSATION DES GARANTIES.....	7
VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES.....	7
CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS.....	7
DISPOSITIONS DIVERSES.....	7
DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION.....	7
AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE.....	7
DÉLAI DE PRESCRIPTION.....	7
SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION.....	7
SUBROGATION.....	7
LEXIQUE.....	8
ADHÉRENT.....	8
BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS.....	8
BASE DE REMBOURSEMENT.....	8
CERTIFICAT D'ADHÉSION.....	8
DATE D'EFFET.....	8
DÉLAI D'ATTENTE.....	8
RÉGIME DE BASE.....	8

# DESCRIPTIF DES PRESTATIONS NAHITA 2006

Les remboursements incluent les remboursements du régime de base ; ils ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations. Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurance visés à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables".

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS	NAHITA 1	NAHITA 2
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE/CHIRURGICALE/A DOMICILE • Tiers payant</b> <b>MATERNITÉ • Tiers payant</b>		
• Etablissements conventionnés - Frais de séjour et honoraires	100 % BR	100 % BR
• Etablissements non conventionnés - Frais de séjour et honoraires	100 % BR	100 % BR
• Forfait journalier - durée illimitée (sauf psychiatrie durée limitée à 30 jours/an) <sup>(1)</sup>	100 % FR	100 % FR
<b>TRANSPORT • Tiers payant<sup>(2)</sup></b>		
• Transports médicalement prescrits pour traitement ou hospitalisation	100 % BR	100 % BR
<b>MAISONS DE REPOS ET DE CONVALESCENCE (limitation à 30 jours par an) • Tiers payant<sup>(2)</sup></b>		
• Etablissements conventionnés - Frais de séjour et honoraires	-	100 % BR
• Etablissements non conventionnés - Frais de séjour et honoraires	-	100 % BR
• Forfait journalier	-	100 % FR
<b>SOINS INOPINÉS A L'ÉTRANGER</b>		
• Hospitalisation, soins médicaux	100 % RSS	100 % RSS
<b>FRAIS MÉDICAUX COURANTS</b>		
• Consultations et visites <sup>(3)</sup>	100 % BR	100 % BR
• Auxiliaires médicaux, analyses, actes d'imagerie, échographies • Tiers payant <sup>(2)</sup>	100 % BR	100 % BR
• Actes de chirurgie, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, anesthésies	100 % BR	100 % BR
• Actes d'ostéopathe <sup>(4)</sup> , d'étéopathe <sup>(4)</sup> , de chiropracteur <sup>(4)</sup> , d'acupuncteur <sup>(4)</sup> ou de diététicien <sup>(4)</sup> (maxi 5 consultations par an et par bénéficiaire, toutes spécialités) : remboursement par acte	-	Maximum 20 €
<b>PHARMACIE</b>		
• Pharmacie prise en charge (vignettes blanches et bleues, à l'exclusion des vignettes oranges) Tiers payant <sup>(2)</sup>	100 % BR	100 % BR
<b>APPAREILLAGE</b>		
• Orthopédie, prothèses auditives	100 % BR	100 % BR
<b>DENTAIRE</b>		
• Soins	100 % BR	100 % BR
• Prothèses et orthodontie remboursées par le régime de base	100 % BR	
• Prothèses et orthodontie non prises en charge par le régime de base, traitement parodontie et implantologie	-	Jusqu'à 150 € par an et par bénéficiaire*
<b>OPTIQUE</b>		
• Verres, monture, lentilles remboursés par le régime de base	100 % BR	Jusqu'à 80 € par an et par bénéficiaire*
• Lentilles non prises en charge par le régime de base et chirurgie réfractive	-	

\*en complément du régime de base, dans la limite des frais engagés

<sup>(1)</sup> Ce montant correspond au forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

<sup>(2)</sup> Tiers payant disponible uniquement dans certains départements (selon accords passés avec les praticiens) dans la limite du ticket modérateur. Les soins externes peuvent aussi faire l'objet de tiers payant.

<sup>(3)</sup> Les consultations et visites psychiatriques réalisées en dehors du parcours de soins ne sont pas prises en charge.

<sup>(4)</sup> Praticien inscrit auprès d'une association professionnelle reconnue.

Le présent contrat ne prend pas en charge :

- 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 montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

DÉFINITIONS :

**BR (Base de Remboursement)** : 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. Pour les médicaments qui ont un générique, le remboursement se fait sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité.

**FR (Frais Réels)** : montant des dépenses engagées par le bénéficiaire des prestations.

**RSS (Remboursement Sécurité sociale)** : dans ce cas, le remboursement présenté dans ce descriptif s'ajoute à celui du régime de base.

# TARIFS NAHITA 2006

(par mois et par personne)

L'âge retenu est calculé par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance du bénéficiaire des prestations ; ensuite, la cotisation évolue en fonction de l'âge successivement atteint chaque année.

## TARIFS MENSUELS NAHITA 2006

Age	NAHITA 1	NAHITA 2
0-18 ans	12,02 €	15,83 €
19	13,12 €	17,07 €
20	13,58 €	17,64 €
21	14,05 €	18,46 €
22	14,52 €	19,00 €
23	14,99 €	19,56 €
24	15,05 €	19,68 €
25	15,10 €	19,80 €
26	15,82 €	20,61 €
27	16,53 €	21,43 €
28	17,24 €	22,25 €
29	17,95 €	23,07 €
30	18,66 €	23,90 €
31	19,37 €	24,72 €
32	20,09 €	25,55 €
33	20,80 €	26,37 €
34	21,51 €	27,18 €
35	22,22 €	28,01 €
36	22,73 €	28,63 €
37	23,24 €	29,24 €
38	23,75 €	29,85 €
39	24,26 €	30,46 €
40	24,77 €	31,08 €
41	25,28 €	31,73 €
42	25,79 €	32,38 €
43	26,30 €	33,03 €
44	26,81 €	33,69 €
45	27,32 €	34,35 €
46	28,24 €	35,45 €
47	29,15 €	36,53 €
48	30,06 €	37,63 €
49	30,97 €	38,73 €
50	31,88 €	39,84 €
51	32,80 €	40,95 €
52	33,71 €	42,08 €
53	34,62 €	43,21 €
54	35,53 €	44,34 €
55	36,44 €	45,47 €
56	37,56 €	46,82 €
57	38,67 €	48,18 €
58	39,79 €	49,54 €
59	40,90 €	50,92 €
60	42,02 €	52,29 €
61	43,13 €	53,66 €
62	44,24 €	55,04 €
63	45,36 €	56,42 €
64	46,47 €	57,82 €
65	47,59 €	59,21 €
Au-delà de 65 ans	La cotisation évolue ensuite de <b>1,5 %/an</b> jusqu'à 85 ans	La cotisation évolue ensuite de <b>1,65 %/an</b> jusqu'à 85 ans

### CES COTISATIONS SONT APPLICABLES À :

- Tous les départements de France métropolitaine et les DOM.
- Tous les régimes de base autorisés (régime général de la Sécurité sociale, régime des TNS, régime des exploitants agricoles (AMEXA), régime des salariés agricoles, régime des étudiants, régime des DOM).

### A CES COTISATIONS S'AJOUTENT

- La cotisation d'adhésion à l'association de **1,50 €** par mois et par dossier (qu'il y ait une ou plusieurs personnes bénéficiaires des prestations).
- Le droit d'entrée de **11 €** pour la constitution du dossier (cette somme est perçue une fois pour toutes lors de l'adhésion).
- Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique sans frais.

### LOI MADELIN

- Les travailleurs non salariés, non agricoles en activité peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale de leurs cotisations pour le présent contrat, s'ils remplissent les conditions prévues par cette loi.

# CONDITIONS GÉNÉRALES NAHITA 2006

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'Association ALPTIS dont le siège social est situé 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 et l'Association APTI dont le siège social est situé 21, rue du Mail - BP 4 - 38501 VOIRON CEDEX, associations régies par la loi de 1901,
  - et d'autre part, la Mutuelle MILTIS, soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité (RNM n° 432 218 923), dont le siège social est situé : 2, rue Rossan - 69003 LYON,
- une convention d'assurance de groupe à adhésion facultative.

Cette convention est ouverte aux membres des associations ALPTIS ou APTI.

La gestion de cette convention est déléguée à ALPTIS ASSURANCES, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Le nom de l'association auprès de laquelle l'adhésion est effectuée est précisé sur le certificat d'adhésion.

Le contrat s'inscrit dans le cadre des dispositifs législatifs des contrats responsables et solidaires.

L'adhésion est régie par le Code de la mutualité.

## L'OBJET

Le présent contrat a pour objet de garantir aux bénéficiaires des prestations des remboursements complémentaires aux prestations servies par un régime de base français pour les frais médicaux et chirurgicaux, dans la limite des garanties choisies par l'adhérent.

## L'ADHÉSION

### CONDITIONS D'ADHÉSION

Le bénéficiaire des prestations :

- doit être une personne physique résidant en France métropolitaine ou dans les DOM ;
- doit être âgé de moins de 65 ans (65 ans exclu), à la date d'adhésion.

Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes de base suivants :

- Régime général de la Sécurité sociale ;
- Régime des TNS ;
- Régime des exploitants agricoles : AMEXA ; Régime des salariés agricoles ;
- Régime des étudiants ;
- Régime des DOM.

Les membres d'une famille doivent souscrire la même garantie.

### PRISE D'EFFET

L'adhésion prend effet au plus tôt le lendemain de la réception par ALPTIS ASSURANCES de la demande d'adhésion complétée et signée sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation.

### DÉLAIS D'ATTENTE

Les garanties comportent un délai d'attente de 6 mois pour les garanties "hospitalisation médicale, hospitalisation chirurgicale et maternité".

Ce délai d'attente peut être abrogé :

- pour les adhérents bénéficiant d'une garantie équivalente à la date d'adhésion (un mois maximum d'interruption entre les deux garanties est admis) ;
- pour les membres des professions libérales dans les 6 mois suivant leur inscription au régime d'assurance vieillesse ;
- pour les commerçants et artisans dans les 6 mois suivant leur inscription au registre du commerce ou des métiers ;
- lorsque l'hospitalisation fait suite à un accident ;
- affiliation d'un ayant droit : les délais d'attente sont supprimés en cas de mariage ou de naissance, si l'adhésion est demandée dans un délai de deux mois suivant l'événement.

Lors de la demande de changement de garantie (passage de NAHITA 1 à NAHITA 2), un délai d'attente partiel de 6 mois sera mis en place, pendant lequel les remboursements resteront effectués sur la base de la garantie NAHITA 1.

### DURÉE DE L'ADHÉSION

La garantie est viagère, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe cessation des garanties. **En cours de contrat, aucun bénéficiaire des prestations ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé.**

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

## LES COTISATIONS

### PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.

Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

### CRÉDIT D'IMPÔT

Le présent contrat peut permettre aux adhérents qui remplissent les conditions afférentes, de bénéficier du "crédit d'impôt", prévu à l'article L. 863-1 et suivants du code de la Sécurité sociale (droits à déduction sur les cotisations de protection complémentaire santé).

# CONDITIONS GÉNÉRALES NAHITA 2006 (SUITE)

## LES GARANTIES

### RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base du bénéficiaire des prestations et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par le bénéficiaire des prestations (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations).

Sont couverts les frais médicaux y compris ceux résultant d'accidents du travail, d'accidents par tiers responsable, d'accidents de la vie privée, d'accidents scolaires, l'hospitalisation pour maladie, la chirurgie, la maternité.

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.

### TÉLÉTRANSMISSION DES DÉCOMPTES

Pour cette garantie 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 assureur"). Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la Carte Vitale de tous les bénéficiaires des prestations inscrits.

### 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 et dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas deux mois.

Toutefois, l'indemnisation des soins inopinés effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France.

Les règlements sont effectués en France et en Euros.

### RISQUES EXCLUS

Ne sont pas pris en charge les frais résultants des :

- Conséquences de la guerre civile ou étrangère ;
- Conséquences de la participation active du bénéficiaire des prestations à une émeute, rixe, ou mouvement populaire (sauf cas de légitime défense), ainsi qu'à des actes de terrorisme et de sabotage ;
- Conséquences d'un cataclysme naturel ;
- Conséquences de la désintégration du noyau atomique ;
- Conséquences du fait volontaire du bénéficiaire des prestations ;
- Conséquences de la pratique des sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements afférents, ou de sa participation à des paris ou tentatives de record ;
- Conséquences de la pratique des sports mécaniques et aériens, ou comportant l'utilisation d'un véhicule à moteur ;

En outre, ne sont pas couverts :

- Les séjours en centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes, séjours en service de gériatrie ou de gérontologie ou tout autre établissement de long séjour pour personnes âgées ;
- Les séjours en maison de repos ou de convalescence pour NAHITA 1 ;
- Les séjours en institut médico-psycho-pédagogiques, les séjours en institut médico-éducatifs ;
- Les frais relatifs aux cures thermales, même acceptées par le régime de base ;
- Les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- Les consultations et visites psychiatriques pratiquées en dehors du parcours de soins ;
- Les traitements ou interventions chirurgicales à but esthétique, les cures de rajeunissement, les cures d'amaigrissement, transformation sexuelle, réduction de la masse graisseuse, traitements par psychanalyse ;
- Les hospitalisations et maternité présentées dans les 6 mois suivant l'adhésion à l'exception des cas d'abrogation des délais d'attente évoqués précédemment ;
- Les médicaments à vignettes oranges.

Enfin, 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 mentionnée à l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale ;
- La majoration du ticket modérateur à la charge des bénéficiaires des prestations liée à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant ;
- La part d'honoraires des actes et prestations pour lesquels le bénéficiaire des prestations n'a pas autorisé le recueil des données de santé prévu à l'article L. 161-36-2 du code de la Sécurité sociale ;
- Les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes cliniques et techniques résultant du non respect du parcours de soins, prévus à l'article L. 162-5 18° du code de la Sécurité sociale ;
- Tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

### LIMITE DES PRESTATIONS

Les remboursements ou les indemnités ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

### MODIFICATION DE GARANTIE

Après un an d'adhésion à la garantie, l'adhérent pourra demander la modification de sa garantie pour un effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande. Les limites d'âge d'accès aux garanties doivent aussi être respectées lors de la modification de la garantie.

# CONDITIONS GÉNÉRALES NAHITA 2006 (SUITE)

## DEMANDES DE REMBOURSEMENTS

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 CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- Lorsque cessent pour les bénéficiaire des prestations les conditions pour être garantis ;
- 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 son exclusion à l'expiration d'un délai de quarante jours, dans les conditions définies à l'article L 221-8 II du code de la mutualité.

## 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.

En cas de modification de ses droits et obligations, l'adhérent dispose d'une faculté de résiliation dans les conditions définies à l'article L. 221-6 du code de la mutualité.

## CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

L'adhérent doit informer ALPTIS ASSURANCES par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations :

- changement de résidence : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- changement de régime de base d'affiliation.

## DISPOSITIONS DIVERSES

### DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION

#### Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée

Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant, qui figurerait sur les fichiers à l'usage d'ALPTIS ASSURANCES, en vous adressant au siège social.

### AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) - 54 bis rue de Châteaudun - 75009 PARIS est chargée du contrôle de MILTIS.

### DÉLAI DE PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du code de la mutualité.

### SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

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 de l'article L. 221-14 ou de l'article L. 221-15 du code de la mutualité.

### SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, MILTIS exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au bénéficiaire des prestations.

# CONDITIONS GÉNÉRALES NAHITA 2006 (SUITE)

## 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.

### BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

L'adhérent et éventuellement son conjoint et ses ayants droit, affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

### BASE DE REMBOURSEMENT

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.

### 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.

### RÉGIME DE BASE

Régime légal de protection sociale auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations (régime général de la Sécurité sociale ; régime des TNS ; régime des exploitants agricoles : AMEXA ; régime des salariés agricoles ; régime des étudiants ; régime des DOM).