

Le présent descriptif de garantie complète les conditions générales Alpha Plus Santé 2018/2019. En cas de désaccord entre celui-ci et ces dernières, ce sont les conditions générales qui prévalent. Les prestations décrites dans le tableau des garanties incluent le remboursement des Régimes Obligatoires d'Assurance maladie (sauf pour certains montants exprimés en Euros) et sont limitées pour tous les risques aux frais réels engagés et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers par AVENIR MUTUELLE.

Contrats responsables :

L'ensemble des garanties s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurances complémentaires santé bénéficiant d'une aide, dit « Contrats responsables ». Les garanties seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « Contrats responsables » qui pourraient intervenir ultérieurement, quelle que soit la formule choisie ou sur décision du souscripteur et de l'assureur.

En application de l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale, la définition des garanties respecte les dispositions relatives au parcours de soins du médecin traitant. Par conséquent, les garanties ne couvrent ni les majorations du ticket modérateur, ni les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins. Les garanties ne couvrent pas non plus la participation forfaitaire et la franchise appliquées par l'Assurance Maladie. Elles prennent en compte les minimum et maximum de garanties définies par le décret du 18/11/2014. En cas de nouvelles modifications des conditions du contrat responsable, elles seront automatiquement adaptées à ses nouvelles conditions de mise en œuvre. En cas de modification de la participation forfaitaire et de la franchise, les garanties s'adapteront automatiquement aux nouveaux montants.

REMBOURSEMENTS, PRESTATIONS

Nos remboursements dépendent de six éléments :

- la lettre-clé qui exprime la nature de l'acte médical et qui est parfois accompagnée d'un coefficient indiquant la valeur de l'acte
- le tarif servant de base au remboursement,
- le taux de participation du régime obligatoire,
- la participation éventuelle d'un autre régime obligatoire,
- les frais réellement engagés par vous,
- la formule que vous avez retenue dont dépend le niveau des garanties et donc de vos remboursements.

R.O. : Régime obligatoire.

T.A : Tarif d'Autorité. Tarif servant de base aux remboursements des honoraires et des soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

T.R : Tarif de Responsabilité. Tarif utilisé par le régime obligatoire pour le calcul de ses prestations.

T.M : Ticket Modérateur. La part de frais de soins restant à votre charge après intervention de votre Régime Obligatoire, calculée sur la base du Tarif de Convention ou du Tarif de Responsabilité. Ce Ticket Modérateur varie selon les frais engagés.

A.M : Assurance Maladie

TARIF DE BASE DE REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE (TBRAM): Tarif servant de base aux remboursements des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé.

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux.

AA : Tarification A l'Activité en matière Hospitalière.

DELAI D'ATTENTE

Les garanties sont accordées sans délai d'attente c'est à dire qu'elle prend effet immédiatement à la date convenu. Un délai de 3 mois est toujours appliqué avant que les garanties prennent effet sur toutes les formules pour le forfait Maladies redoutées (garanties renforcées).

ADMISSION DES BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires sont admis dans l'Assurance au plus tôt le jour qui suit la date de réception de leur demande d'adhésion complète par AVENIR MUTUELLE (et ce avant le 31 décembre de leur 65^{ème} anniversaire pour la seule formule AlphaAVM4). L'adhésion n'est effective qu'après paiement de la première cotisation. Elle est constatée par l'envoi d'une carte de tiers payant.

PRESTATIONS ASSUREES

Les prestations que nous vous versons dépendent de la formule que vous avez retenue. Les remboursements exprimés en pourcentages sont basés sur le Tarif de base de remboursement ou de Responsabilité de l'Assurance Maladie Française quel que soit le pays où ont été effectués les soins, sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

Les personnes résidant ou en mission à l'étranger ou dans les TOM ne peuvent adhérer à la Mutuelle que s'ils sont couverts par le régime obligatoire, à l'exception des salariés expatriés couverts par la Caisse des Français à l'étranger conformément aux dispositions de l'article L. 762-1 du code de la Sécurité sociale. Pour les non-résidant à l'étranger et les personnes qui ne sont pas en mission à l'étranger, les soins à l'étranger ne sont pris en charge que s'ils sont inopinés (urgence médicale) sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire. La mutuelle pourra solliciter la communication de pièces justifiant que les soins étaient urgents »

PLAFONNEMENT DE CERTAINES GARANTIES

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité :

Les honoraires en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité ne peuvent excéder, dans tous les cas, 200 % du Tarif de Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O.). Les frais de séjours dans ces mêmes cas sont quant à eux garantis pour toutes les formules dans la limite 100 % du Tarif de Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O)

Hospitalisation – autres disciplines - maisons de repos et assimilés :

Les honoraires conventionnés en soins de suite, maisons de repos, sanatorium, aérium, préventorium, moyens séjours, maison d'enfants à caractère sanitaire, pouponnière, centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle, établissements

climatiques, diététiques, les cures avec hospitalisations (à l'exclusion de la thalasso thérapie), les cures de désintoxication alcoolique et médicamenteuse pris en charge par l'Assurance Maladie, ne peuvent excéder, dans tous les cas, 200 % de la base de remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O).

Les frais de séjours dans ces mêmes cas sont quant à eux garantis pour toutes les formules dans la limite 100 % du Tarif de Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O)

Neuropsychiatrie, Neurologie, Psychiatrie et assimilés :

Les traitements de neuropsychiatrie, neurologie, de psychiatrie et assimilés sont pris en charge uniquement dans les conditions suivantes, et quel que soit la formule choisie :

- Hospitalisation en établissement conventionné (séjours et honoraires) sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O). La chambre particulière est exclue
- Consultations généralistes et spécialistes sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O).

Optique :

La garantie optique prévoit un équipement complet (1 monture et 2 verres) par période de 24 mois. Cette période est ramenée à 12 mois pour les enfants mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. Les garanties optique couvertes à 100 % du TBRAM (sous déduction du R.O) ne sont pas limitées.

Définition des verres :

Verres A : Verre simple foyer dont sphère entre - 6.00 et + 6.00 dioptries et cylindre inférieur ou égal à 4.00 dioptries

Verres C : Verre simple foyer dont sphère hors zone - 6.00 à + 6.00 dioptries ou cylindre supérieur à + 4.00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs

Verres F : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone - 8.00 à + 8.00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4.00 à + 4.00 dioptries.

Forfaits :

Les forfaits annuels s'entendent de date à date des soins / d'achat.

Dentaire :

Les plafonds dentaires s'entendent par année d'adhésion. **NOTA** : Si de nouveaux soins ou prothèses dentaires sont effectués à l'assuré après l'utilisation du plafond annuel, ces soins ou prothèses dentaires correspondant à de nouvelles factures seront remboursés à hauteur du ticket modérateur.

COMMENT OBTENIR UN REMBOURSEMENT

Pour obtenir les remboursements, les originaux des pièces suivantes doivent être adressés à AVENIR MUTUELLE dans les trois mois qui suivent le paiement de l'Assurance Maladie ou la naissance d'un enfant ou son adoption :

- les décomptes originaux de l'Assurance Maladie
 - les notes ou factures acquittées,
 - les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance,
- En cas de règlement du ticket modérateur par l'assuré, vous devez nous joindre un reçu du paiement.

A défaut de justification de frais réels par notes d'honoraires, le calcul des prestations sera basé sur le Tarif Base de Remboursement de l'A.M.

En cas d'accident ou de maladie atteignant un bénéficiaire hors de France, il est précisé que les remboursements sont toujours subordonnés au remboursement préalable du régime obligatoire.

NOTA : Des accords ont été passés avec la presque totalité des Caisses de Sécurité Sociale du régime général afin de transmettre directement au gestionnaire les informations relatives aux décomptes. Dans ce cas, vous n'aurez pas à nous adresser vos décomptes de l'Assurance Maladie sur lesquels l'Assurance Maladie aura indiqué son message du type : "Nous avons directement la Mutuelle des prestations que nous vous avons remboursées."

Les justificatifs qu'il faudra nous communiquer sont les suivants :

- frais dentaires: facture détaillée émise par l'Assurance Maladie
- frais d'optique : facture détaillée et prescription médicale
- hospitalisation n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge : facture acquittée de l'établissement,

Si vous ne souhaitez pas bénéficier des Echanges de Données Informatiques, ce qui peut, notamment, être le cas si vous êtes inscrits à deux organismes complémentaires, vous pouvez conserver un traitement manuel à **condition de le spécifier par écrit à Alpha Plus Santé** en précisant les membres de votre famille concernés (loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978).

Cas des assureurs multiples :

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent dépasser le montant des frais restant à charge après remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leur effet dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Les garanties sont présentées par Alpha Plus Santé - 4, rue de la Banque – BP 30173 – 70003 Vesoul cedex - marque de la société I2FC – SAS au capital de 202112.30 € – société de courtage en assurances - RCS 421 974 247 B Vesoul - n° ORIAS 07 006 166 (vérifiable auprès de l'ORIAS – www.orias.fr) - Autorité de contrôle des assurances : ACPR - 4 Place de Budapest. CS 92459. 75436 PARIS CEDEX 09 – Garantie financière et assurance de Responsabilité civile conformes aux articles L.512-6 et L.512-7 du Code des assurances

Les Conventions auxquelles le présent contrat est rattaché sont souscrites par l'Association pour la Promotion de la Protection Sociale, de l'Action Sociale et de la Prévention, 9 avenue Charles BOHN, 90 000 BELFORT auprès d'AVENIR MUTUELLE – Siège social : 173, rue de Bercy – CS 61602 – 75601 Paris cedex 12 – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro SIREN : 302 976 592