

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

GARANTIE MUTUELLE LE TÉLÉGRAMME

MLT SENIORS - SALARIÉ COMITÉ D'ENTREPRISE

LEXIQUE

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) : Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.

BÉNÉFICAIRES DES PRESTATIONS : Le membre participant et éventuellement ses ayants droit affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion :

- Son conjoint ;
- Les enfants reconnus à la charge du membre participant ou de son conjoint au sens du régime obligatoire, âgés de moins de 25 ans, sous réserve d'être en apprentissage ou être étudiant ou avoir un revenu inférieur à 55% brut du Smic annualisé ;

CERTIFICAT D'ADHÉSION : C'est le document envoyé au membre participant après acceptation de son bulletin d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

COUPLE-CONJOINT : Toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage et ayant le même domicile.

MEMBRE PARTICIPANT : Personne physique, qui adhère à la garantie MLT Séniors de la Mutuelle Le Télégramme.

MUTUELLE : Il s'agit de la mutuelle Le Télégramme, mutuelle soumise au Livre II du Code de la mutualité, et assureur du présent contrat.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉ : Contrat signé par certains médecins/praticiens favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraire.

RÉGIME DE BASE (RB) : Régime légal de protection sociale français 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 d'Alsace-Moselle ; Régime des fonctionnaires).

TICKET MODÉRATEUR (TM) : Quote-part restant à la charge de l'assuré, égale à la différence entre la base de remboursement et les remboursements du régime de base.

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base.

Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base.

Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année civile.

Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de deux (2) ans à compter de la date d'adhésion.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.

Les garanties 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 ». De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1° de l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

GARANTIES	FRAIS PRIS EN CHARGE
HOSPITALISATION MÉDICALE/ CHIRURGICALE/ MATERNITÉ/ A DOMICILE/ ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS (soins de suite, réadaptation, psychiatrie) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Honoraires ▪ Frais de séjour hospitalier ▪ Chambre particulière (y compris ambulatoire) (1) ▪ Lit accompagnant enfant - 15 ans (parent adhérent) ▪ Forfait journalier (y compris établissements psychiatriques) illimité 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % BRSS 100 % BRSS 35 €/ jour 15 €/ jour 100 % Frais réels
FRAIS MÉDICAUX COURANTS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultation et visite ▪ Auxiliaires médicaux (kinésithérapeute, orthophonie, soins infirmiers, etc.) ▪ Analyses ▪ Actes techniques médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS
TRANSPORT	<ul style="list-style-type: none"> 100 % BRSS
PHARMACIE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge par le régime de base 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % BRSS
APPAREILLAGES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pansements et accessoires ▪ Petit appareillage (2) ▪ Grand appareillage (3) ▪ Prothèse auditive ▪ Prothèse mammaire ▪ Prothèse capillaire 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % BRSS 150 % BRSS 250 % BRSS 100 % BRSS + 450 € / prothèse 100 % BRSS + 150 €/an 100 % BRSS + 125 €
OPTIQUE (4) Équipement (1 monture + 2 verres) (dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue tous les ans) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipement adulte <ul style="list-style-type: none"> - Monture + verres simples - Monture + verres complexes - Monture + verres très complexes - Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe - Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe - Monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe ▪ Lentilles prises en charge par le régime de base ▪ Lentilles prescrites non prises en charge par le régime de base ▪ Equipement mineur <ul style="list-style-type: none"> - Monture (adhérent entre 12 et 18 ans) - Monture (adhérent jusqu'à 12 ans) - 2 Verres simples - 2 Verres complexes - 2 Verres très complexes - 1 verre simple et 1 verre complexe - 1 verre simple et 1 verre très complexe - 1 verre complexe et 1 verre très complexe ▪ Opération laser 	<ul style="list-style-type: none"> 310 € 550 € 680 € 430 € 495 € 615 € 100 % BRSS + 150 €/ an 150 €/ an 100 % BRSS + 50 € 100 % BRSS + 40 € 80 € 160 € 200 € 120 € 140 € 180 € 50 % Frais réels dans la limite de 420 €/ œil
DENTAIRE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultation dentaire ▪ Soins conservateurs ▪ Prothèse fixe métallique ▪ Prothèse fixe céramique ▪ Prothèse fixe céramique « dents du sourire » (incisives, canines, prémolaires) ▪ Prothèse amovible résine ▪ Prothèse amovible métallique (5) ▪ Prothèse transitoire ▪ Réparations sur prothèse prise en charge ou non par le régime de base ▪ Implant dentaire ▪ Couronne sur implant ▪ Inlay core – Inlay-Onlay ▪ Orthodontie (enfant jusqu'à 16 ans) ▪ Orthodontie (adulte) ou parodontologie non prises en charge par le régime de base 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % BRSS 100 % BRSS 270 % BRSS 270 % BRSS 300 % BRSS 100 % BRSS + 405 € 100% BRSS + 405 € ou 560 € 130 % BRSS 100 % BRSS + 70 € 250 €/ implant 100 % BRSS + 180 € 125 % BRSS 100% BRSS + 400 €/semestre 200 €/ an

CURE THERMALE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forfait établissement thermal 	100 % BRSS
ACTES DE PRÉVENTION	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actes pris en charge par le régime de base ▪ Ostéodensitométrie prise en charge par le régime de base ▪ Ostéodensitométrie non prise en charge par le régime de base ▪ Détartrage annuel complet 	100 % BRSS 100 % BRSS 39,96 € 100 % BRSS
MÉDECINES NON-CONVENTIONNELLES (6)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acupuncture, chiropractie, diététique, étio-pathie, homéopathie, micro-kinésithérapie, naturopathie, nutrition, ostéopathie, pédicurie, podologie, psychomotricité, sophrologie, psychothérapie) 	25 €/ consultation/bénéficiaire dans la limite de 3 séances/an
ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestation assistance auprès de Ressource Mutuelle Assistance (RMA) : n° cristal 09.69.32.96.91 (coût d'un appel local) 	

(1) **La prise en charge de la chambre particulière est au maximum de 75 jours par assuré et par an.**

(2) Le Petit Appareillage comprend les bandages, genouillères, ceintures, corsets, appareils de correction (attelles, etc.), semelles orthopédiques, chaussures adaptées, bas de contention, etc., hors pansements et optique médicale.

(3) Le grand appareillage comprend les podo-orthèses, les ortho-prothèses, les prothèses oculaires et faciales et les véhicules pour handicapés physiques (le Titre II chapitres 5, 6 et 7 et le Titre IV de la LPPR)

(4) Optique

La prise en charge de la monture au sein de l'équipement sera au maximum de 150 €.

Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

Verre très complexe : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -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.

(5) : le remboursement s'effectue en fonction du nombre de dents : moins de 9 dents : 405 € - plus de 9 dents : 560 €

(6) Sur présentation d'une facture d'un professionnel de santé référencé, inscrit sur la liste de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie MLT SENIORS a pour objet de garantir au membre participant et, le cas échéant, à ses ayants droit, le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux qu'ils ont engagés, dans la limite des garanties et du niveau souscrit (cf. Descriptif des prestations). Elle intervient en complément du régime de base.

DÉLÉGATION DE GESTION

La gestion administrative de la garantie MLT SENIORS est confiée à Alptis assurances, dont le siège social est situé au 25 cours Albert Thomas – 69003 LYON CEDEX 03 ; ci-après dénommé le gestionnaire.

ADHÉSION ET VIE DE LA GARANTIE

CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour être assurable au titre de la présente garantie, le membre participant et ses éventuels ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine (**hors Monaco**) ou dans les DROM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**). **Pour adhérer à la garantie, le membre participant doit être âgé d'au moins 18 ans au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion à la garantie.**

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie.

Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes de base de la protection sociale française (cf. lexique).

Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles au dispositif de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévu aux articles L. 863-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

Le membre participant doit compléter, signer et dater un bulletin d'adhésion, ainsi que les ayants droit à garantir.

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège du Gestionnaire 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^{ère} cotisation.

DROIT DE RENONCIATION

Le membre participant dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après):

- Si des prestations ont été versées, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les remboursera au membre participant dans un délai de 30 (trente) jours.

Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

La garantie est vendue à distance si elle est conclue au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de la garantie à distance. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge du membre participant (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

Informations précontractuelles en cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion). Le membre participant ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à Alptis assurances, Service Gestion - Adhésion Mutuelle Le Télégramme, dont le siège social est situé au 25 cours Albert Thomas – 69003 LYON, en recommandé avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

« Je soussigné(e) [Nom, Prénom et numéro de membre participant], demeurant à [lieu de résidence] ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat [Nom et N° de contrat] que j'ai signé le [date sous le format JJ/MM/AAAA].

A..... Le

Signature ».

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de l'inscription au contrat en cas de modification de la situation de la famille.

Aucun délai d'attente ne s'applique sur les garanties.

DURÉE DE L'ADHÉSION

La garantie acquise est viagère sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié à un régime de base ou dans les cas définis 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.

CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le membre participant doit informer le Gestionnaire par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations :

- D'un changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- D'un changement de situation familiale (mariage, décès, naissance, adoption, concubinage, pacte civil de solidarité (PACS), enfant cessant d'être à la charge du foyer, divorce etc.) sur présentation d'un justificatif;
- D'un changement du régime de base ;
- D'un changement de compte bancaire débité.

GARANTIES

RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature de l'assurance maladie 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). Les prestations accordées par la mutuelle visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant à l'article « **Risques exclus** ».

Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

HOSPITALISATION

Le forfait hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. Les établissements sanitaires correspondent aux :

- Etablissements de médecine, chirurgie, obstétrique ;
- Etablissements et unités spécialisés :
 - De psychiatrie,
 - De soins de suite,
 - De réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

Les séjours en établissements ou unités spécialisées sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation. **Les prestations effectuées au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas prises en charge.**

PHARMACIE

La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la sécurité sociale est disponible sur le site medicaments.gouv.fr.

FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat « responsable » et par période de deux ans. Ce délai commence à courir à compter de la date de souscription du contrat (date de prise d'effet des garanties indiquées au sein du certificat d'adhésion).

Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, les prestations s'appliquent par période annuelle.

Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations incluent 100% du ticket modérateur.

FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS (HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE)

Les montants exprimés en euros sont alloués par année civile et par bénéficiaire à compter de la date d'effet de la garantie.

MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES

Les actes non pris en charge par le régime de base sont remboursés dans les limites prévues au descriptif de prestations : nombre de séances toutes spécialités confondues.

Ces actes doivent être réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'État ou universitaire, d'une formation certifiée par l'Ecole de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline.

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le monde entier **lors des séjours n'excédant pas trois mois par an**. Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France.

Les remboursements de soins à l'étranger se font à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française.

Les règlements sont effectués en France et en euros.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

TÉLÉTRANSMISSION

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, la mutuelle pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base.

Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention « nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire » figure sur le décompte de votre régime de base. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les bénéficiaires des prestations inscrits.

Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les bénéficiaires des prestations doivent adresser à la mutuelle ou à son délégataire de gestion 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 dont les montants sont exprimés en euros (optique, dentaire ...) le bénéficiaire des prestations doit envoyer à la mutuelle les factures originales et acquittées pour les actes non pris en charge par le régime de base.

Dans tous les cas, la mutuelle peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires. **Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations.**

La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

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, la mutuelle délivre des prises en charge.

TIERS PAYANT

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements et les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 160-10 du Code de la Sécurité sociale.

Le tiers payant est disponible dans tous les départements et selon accords passés avec les praticiens.

Pour les prestations « Optique, Dentaire, Audioprothèse et Hospitalisation », le tiers payant évite l'avance des frais, dans la limite du contrat souscrit et dans la limite du ticket modérateur pour les autres actes.

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 ;
- la faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire des prestations prouvée par la mutuelle ;
- 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 qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements, sauf si l'adhésion fait suite à une couverture antérieure, sans interruption entre les deux contrats ;
- les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours ; aux 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.

La garantie dite "responsable" ne couvre pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

I. la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 160-13-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 160-13-III du Code de la Sécurité sociale ;

II. 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 ;

III. Tout autre acte, prestation, majoration, franchise 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.

Aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

LIMITE DE PRESTATIONS

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenu du régime de base et des garanties complémentaires ne pourra dépasser les plafonds prévus par le dispositif du contrat "responsable".

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de décès du bénéficiaire des prestations ;
- en cas de résiliation par le membre participant à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée, avec un préavis de 2 mois (avant le premier novembre) adressée à Alptis Assurances – Service gestion – Mutuelle Le télégramme, 25 cours Albert Thomas – 69003 Lyon ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre) ;

A ce titre, il est précisé que toute résiliation du contrat est définitive. L'ancien membre participant ne pourra pas demander de nouveau son adhésion à la présente garantie.

• en cas de non-paiement des cotisations : Cf. § « DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS ».

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 membre participant.

COTISATIONS

MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est en fonction des revenus déclarés par les bénéficiaires des prestations et de la composition familiale du foyer.

Cas particulier :

La cotisation est gratuite pour les enfants à charge du membre participant ou de son conjoint selon la définition du présent contrat.

La gratuité cesse lorsque ces derniers perçoivent un revenu supérieur à 55% du SMIC (base annualisée) ou lorsqu'ils atteignent l'âge de 25 ans (fin du mois de son anniversaire).

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement par prélèvement bancaire ou chèque. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, **à l'exception du paiement par chèque qui n'est pas accepté mensuellement.**

VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Les cotisations peuvent également évoluer au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution des dépenses de la Sécurité sociale, 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.

DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle ou son Gestionnaire adressera au membre participant par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de quarante jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité.

Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

En cas de mise en demeure dans le cadre du non-paiement de tout ou partie de la cotisation due par le membre participant, des frais de poursuites et de recouvrement seront appliqués à son encontre, pour un montant forfaitaire de quinze euros.

DISPOSITIONS DIVERSES

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations qui sont recueillies par Alptis assurances font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat ainsi que l'adhésion à l'organisme assureur.

Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre la fraude et de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting et d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts légitimes du responsable du traitement.

Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur. Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'Alptis Assurances, l'organisme d'assurance et, le cas échéant, le réassureur, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Alptis Assurances prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir les directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à : Alptis Assurances – 25, cours Albert Thomas – 69445 LYON Cedex 03 ou contact-cnil@alptis.fr. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 place de Fontenoy – 75007 PARIS.

Alptis Assurances se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la Charte de protection des données à caractère personnel sur <https://www.alptis.fr>.

FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance instauré par le décret n° 2011-733 du 27 juin 2011 (article L.431-1 du Code de la mutualité).

SANCTION EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par l'adhérent pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations 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. 221-14 (nullité du contrat), L.221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité.

SUBROGATION

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

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le membre participant peut adresser une réclamation au Gestionnaire, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- E-mail adressé à serviceclient@alptis.fr, en précisant son numéro de membre participant ;
- Courrier adressé au Service Client Alptis assurances – 25, cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03, en précisant son numéro de membre participant

Alptis assurances en accusera réception dans un délai maximum de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse a pu lui être apportée au cours de ce délai) et répondra à l'adhérent dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, le membre participant pourra saisir le Médiateur de la Mutualité Française, dans le délai d'un an à compter de sa réclamation auprès du Gestionnaire selon les modalités suivantes :

- Soit par courrier : Médiateur de la Mutualité Française – 225 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.
- Soit par courriel à l'adresse : mediation@mutualite.fr

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties, qui peuvent en toute liberté, saisir éventuellement le tribunal compétent.

Mutuelle Le Télégramme. Assureur du contrat

11, rue Anatole Le Braz - 29600 MORLAIX

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN n°323 599 696

Alptis Assurances. Gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03

SAS au capital de 10 000 000,00 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS 07 005 850

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances