

DISPOSITIONS PARTICULIERES

GARANTIE MUTUELLE LE TÉLÉGRAMME

MLT SENIORS

LEXIQUE

100% SANTE : Dispositif par lequel les bénéficiaires des prestations peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par le régime de base et leur complémentaire santé, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Les actes visés par ce dispositif intègrent le panier 100 % Santé.

ACTES DE PREVENTION PRIS EN CHARGE PAR LE REGIME DE BASE : Ces actes sont définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

Les actes sont les suivants :

- 1) Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8) sous réserve que :
 - L'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes,
 - N'intervienne qu'une fois par dent,
 - Soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième (14ème) anniversaire.
- 2) Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectuée en deux séances maximum) – SC12.
- 3) Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024) à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- 4) Dépistage hépatite B (code NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- 5) Dépistage une fois tous les cinq (5) ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les actes suivants :
 - Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010)
 - Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)
 - Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011)
 - Audiométrie tonale ou vocale (CDQP012)
 - Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP002)
- 6) L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire, sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7. La prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans une fois tous les six (6) ans.
- 7) Les vaccinations suivantes (seules ou combinées) :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
 - Coqueluche : avant 14 ans,
 - Hépatite B : avant 14 ans,
 - BCG avant 6 ans,
 - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
 - Haemophilus influenzae B,
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 ans.

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

BÉNÉFICIAIRES 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.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISE : 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.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES : il s'agit du présent document qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir pour les demandes de remboursement de prestations.

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.

PRIX LIMITE DE VENTE : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente facturable par le professionnel de santé. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations et pris en charge par le régime de base est assortie d'un prix limite de vente. Les lunettes et les aides auditives retenues dans les paniers 100 % Santé ont des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les bénéficiaires des prestations puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements. Conformément au niveau de garanties du bénéficiaire des prestations, la Mutuelle interviendra, en complément du remboursement du Régime de base, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

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 sécurité sociale des indépendants, Régime des exploitants agricoles, Régimes des salariés agricoles : AMEXA, régime d'Alsace-Moselle, régimes spéciaux).

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 à l'exception de l'équipement optique dans lequel les forfaits en euros incluent la 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'acquisition de l'équipement optique, sauf dérogation dans les présentes dispositions particulières.

Pour les aides auditives, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

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 » et ses textes réglementaires. 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 hospitalier (y compris établissements psychiatriques) illimité 	<p>100 % BRSS 100 % BRSS 35 €/ jour 15 €/ jour 100 % Frais réels</p>
SOINS COURANTS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Honoraires médicaux (consultation et visite) ▪ Honoraires paramédicaux (kinésithérapeute, orthophonie, soins infirmiers, etc.) ▪ Analyses et examens de laboratoire ▪ Actes techniques médicaux ▪ Médicaments pris en charge par le régime de base ▪ Transport pris en charge par le régime de base ▪ Matériel médical <ul style="list-style-type: none"> - Pansements et accessoires - Petit appareillage (2) - Grand appareillage (3) - Prothèse mammaire - Prothèse capillaire 	<p>100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100% BRSS 100% BRSS 100 % BRSS 150 % BRSS 250 % BRSS 100 % BRSS + 150 €/an 100 % BRSS + 125 €</p>
OPTIQUE (4) Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixte (5) dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs de plus de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue tous les ans. La prise en charge de la monture adulte au sein de l'équipement optique sera au maximum de 100 €	
Equipements du panier 100% Santé* de Classe A	100% Frais réels
Prestations hors panier 100 % Santé	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipement optique (classe B) <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 ▪ Suppléments et prestations ▪ Lentilles prises en charge par le régime de base ▪ Lentilles prescrites non prises en charge par le régime de base ▪ Opération laser 	<p>310 € 550 € 680 € 430 € 495 € 615 € 100% BRSS 100 % BRSS + 150 €/ an 150 €/ an 50 % Frais réels dans la limite de 420 €/ oeil</p>
DENTAIRE	
Soins et prothèses du panier 100% Santé*	100% Frais réels
Soins et prestations hors panier 100% Santé	
<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 (6) ▪ 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 	<p>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</p>
AIDES AUDITIVES (dans la limite d'un équipement par oreille tous les 4 ans)	
Equipements du panier 100% Santé* Classe I	100% Frais réels
Prothèses auditives hors panier 100 % Santé	
Aides auditives de classe II	100 % BRSS + 450 € / prothèse
Autres prestations liées aux aides auditives	100% BRSS
CURE THERMALE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Honoraires 	100% BRSS

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forfait établissement thermal 	100 % BRSS
<p>ACTES DE PRÉVENTION</p> <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 	<p>100 % BRSS 100 % BRSS 39,96 € 100 % BRSS</p>
<p>MÉDECINES DOUCES (7)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acupuncture, chiropractie, diététique, étio-pathie, homéopathie, micro-kinésithérapie, naturopathie, nutrition, ostéopathie, pédicurie, podologie, psychomotricité, sophrologie, psychothérapie 	<p>25 €/ consultation/bénéficiaire dans la limite de 3 séances/an</p>
<p>ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE</p> <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) 	

***Tels que définis réglementairement**

(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 LPP)

(4) Optique

Verres simples : Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6.

Verres complexes : Verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ou dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +6, verres unifocaux dont la sphère est inférieure à -6 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -4 et +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.

Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4 à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à -8 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +8

(5) Equipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).

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

(7) 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.

DELEGATION 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'ADHESION

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 complémentaire santé solidaire prévu aux articles L. 861-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

FORMALITES D'ADHESION

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

PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

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 :

- du jour de la signature du bulletin d'adhésion en cas de vente par démarchage à domicile (article L.221-18-1 du Code de la mutualité). Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle ou à l'union si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement ou du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.
- de la prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où le membre participant reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion en cas de vente à distance (article L. 221-18 du Code de la mutualité).

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 (article L. 221-18 du Code de la Mutualité) :

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

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 (article L. 221-18-1 du Code de la Mutualité) :

L'adhérent ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lorsqu'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.

DUREE DE L'ADHESION

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.

Après un an d'adhésion à la garantie, le membre participant peut demander la modification de sa garantie (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur) à tout moment. La modification prend effet le 1er jour du mois suivant sa demande.

La demande de modification de la garantie, adressée au gestionnaire, devra se faire par écrit.

En cas de changement de niveau au sein de la gamme, ou de changement de gamme, les prestations et plafonds de 1ère année s'appliquent.

CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BENEFICIAIRE 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.**

MEDICAMENTS

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'EQUIPEMENT OPTIQUE

Le descriptif de prestations distingue les équipements de la classe A relevant du panier 100% Santé et les équipements de la classe B hors panier 100% santé.

Les équipements classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée telle que définie par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limite de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base. En conséquence, une fois le remboursement effectué par la Sécurité Sociale et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par le membre participant (ou ses ayants droit).

Les équipements de classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'assuré.

Par ailleurs, la pris en charge de la monture de classe B est limitée à 100 euros.

Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations intègrent la prise en charge du régime de base.

Cas particulier pour les équipements mixtes :

Les équipements mixtes sont composés d'une part, de verres, et d'autre part d'une monture, de classes différentes (classe A ou B).

Équipement adulte : Les montants hors panier 100 % Santé mentionnés au sein du descriptif de prestations s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture et des verres appartenant à des classes différentes. Dans ces hypothèses, l'élément de classe B sera remboursé conformément au niveau de garanties souscrit, déduction faite du remboursement de l'élément de classe A.

Équipement mineur : La prise en charge de chacune des composantes de l'équipement optique (monture et verres), se fera à hauteur des forfaits spécifiquement dédiés à chacune d'entre elles (cf. descriptif des prestations).

Conditions de renouvellement :

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable et par période de 2 (deux) ans pour les actes du panier 100% santé et pour les actes hors panier 100% santé. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).

Toutefois, pour les mineurs de moins de 16 ans, les prestations s'appliquent par période annuelle à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Les prestations s'appliquent par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans les autres cas, les prestations s'appliquent par période annuelle.

Conditions de renouvellement anticipé :

Les prestations sont allouées par période annuelle pour les personnes d'au moins 16 ans en cas de renouvellement complet de l'équipement justifié par une évolution de la vue. L'évolution de la vue est constatée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

L'évolution de la vue est caractérisée par l'une des situations suivantes :

- Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision - Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

Cas particulier du renouvellement anticipé des verres :

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable, sous réserve de la présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de la situation médicale particulière, dans les cas suivants :

- pour les personnes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;
- pour toutes personnes en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMES EN EUROS (HORS EQUIPEMENT OPTIQUE)

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

DENTAIRE

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100% Santé et les actes hors panier 100% Santé.

Sont visés par les actes du panier 100% Santé les actes définis par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente), ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du Code la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.

Sont visés par les actes hors panier 100% Santé, les actes du panier à reste à charge modéré (avec des honoraires limites facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré) et les actes du panier à prix libre (absence d'honoraires limites de facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré).

AIDES AUDITIVES

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100 % Santé et les actes hors panier 100 % Santé.

La prise en charge par la Mutuelle des prestations Aides auditives est différente en fonction de la classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la classe I ou la classe II.

Conformément à la réforme dite "100 % Santé", les aides auditives appartenant à la classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée telles que définies à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limite de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base. A ce titre, une fois le remboursement effectué par le régime de base et celui opéré au titre de votre Contrat complémentaire dans la limite des prix limites de vente, aucun reste à charge ne sera supporté par le bénéficiaire des prestations.

Les aides auditives de classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par le bénéficiaire des prestations.

La prise en charge est limitée à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive et dans la limite du prix limite de vente par aide auditive de classe I, ou dans la limite de 1 700 euros par aide auditive de classe II incluant la prise en charge du régime de base.

Conformément à la réforme dite "100% Santé", la périodicité de renouvellement de 4 (quatre) ans à compter de la dernière prise en charge de l'aide auditive par le régime de base, tient compte des 4 (quatre) années antérieures.

CURES THERMALES

Seules les cures thermales médicalement prescrites et acceptées par le régime de base sont prises en charge.

MEDECINES 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'École 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.

Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 2 (deux) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation.

En cas de déclaration tardive causant un préjudice à la Mutuelle et prouvé celle-ci a la possibilité de refuser le versement de la prestation demandée.

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

DELAÏ DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement en tout ou partie des frais engagés par le bénéficiaires des prestations intervient dans les meilleurs délais à compter de la réception par le gestionnaire de l'ensemble des pièces justificatives permettant de traiter la demande de paiement.

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 hospitalisation est plafonné à 200 % de la BRSS. Au-delà, l'éventuel complément du remboursement est versé à l'adhérent sur présentation de la facture acquittée de l'établissement hospitalier et du décompte du régime de base.

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.

CONTROLE DES PRESTATIONS

La mutuelle ou son gestionnaire, peut demander au bénéficiaire des prestations, par l'intermédiaire de son médecin conseil si besoin, tout renseignement ou document complémentaire qu'elle/il juge utile, et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

À peine de déchéance, le bénéficiaire des prestations doit lui communiquer sans délai ces informations et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle. Le bénéficiaire des prestations a la possibilité de se faire accompagner lors de cette expertise médicale par un médecin de son choix agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine. Les frais et honoraires du médecin que le bénéficiaire des prestations a choisi, demeurent à sa charge.

Lorsque les informations sont demandées par le médecin conseil, elles sont transmises soit directement sous pli confidentiel, soit par l'intermédiaire de son médecin.

La mutuelle ou son gestionnaire peut également interroger la/les Caisse(s) Primaire(s) d'Assurance Maladie ou toute personne ayant réalisé une facturation de soins à l'encontre du bénéficiaire des prestations afin de confronter les décomptes et justificatifs fournis par le bénéficiaire des prestations.

En fonction du résultat de ces contrôles, la mutuelle ou son gestionnaire se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou qui a déjà été réalisé ou le montant de sa prise en charge.

De plus, en cas de fraude avérée, la mutuelle ou son gestionnaire :

- procède à la demande de restitution des frais versés au bénéficiaire des prestations le cas échéant ;

- se réserve le droit de procéder à la radiation du bénéficiaire des prestations conformément aux statuts de la mutuelle et d'engager toute poursuite judiciaire qu'elle jugera utile.

En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire des prestations et le médecin conseil, les deux parties font appel à un troisième médecin pour les départager dans le mois suivant la décision rendue, et à l'avis duquel les parties doivent se ranger.

Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin est désigné par la juridiction compétente sur requête de la partie la plus diligente.

De convention expresse, le bénéficiaire des prestations reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus du bénéficiaire des prestations, la mutuelle ou son gestionnaire pourra, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

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 tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, au choix du membre participant :

1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;

2° Soit par déclaration faite au siège d'Alptis Assurances, 25 Cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03 ;

3° Soit par acte extrajudiciaire ;

4° Soit, lorsque la Mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;

5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

En cas d'exercice d'une des facultés de résiliation précitées, le membre participant peut notifier sa demande via la fonctionnalité prévue à cet effet sur son espace adhérent. Le Gestionnaire confirme la réception de la notification et informe le membre participant par tout support durable, dans des délais raisonnables, de la date à laquelle le contrat prend fin et des effets de la résiliation.

La résiliation prend effet un mois à compter de la réception de cette notification ; les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, le Gestionnaire sera tenu au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

- en cas de résiliation par le membre participant à l'échéance annuelle au 31 décembre, en utilisant tout support énuméré ci-avant et prévu par l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, adressé à Alptis Assurances – Service gestion – Mutuelle Le télégramme, 25 cours Albert Thomas – 69003 Lyon, avec un préavis de 2 (deux) mois (avant le premier novembre) ; 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. 221-8 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 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. 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 le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des intérêts légitimes du responsable de 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, le cas échéant, l'intermédiaire en assurances, le réassureur, l'association souscriptrice, 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 des 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-cnill@alptis.fr contact-cnill@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 www.alptis.org

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.

LOI ET LANGUE APPLICABLES

La loi applicable au présent contrat est la loi française, notamment le Code de la mutualité. La langue utilisée tout au long de la durée du contrat est la langue française.

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
N° IDU : FR346291_03UBJK

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 - IDU REP Papiers : FR341758_03BAJO
Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

