

Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le descriptif des prestations.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit **Santé Frontaliers Suisses** est destiné à rembourser, en complément du régime français de Sécurité sociale ou du régime légal de protection sociale suisse (LAMal), tout ou partie des frais de santé restant à la charge des assurés, revêtant la qualité de travailleur salarié frontalier suisse, et éventuellement de leurs bénéficiaires. Le produit respecte les conditions légales du "contrat responsable" et du Panier "100 % Santé" pour les actes et soins réalisés en France.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations ne peuvent être plus élevés que les dépenses réelles engagées. Ils varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le descriptif des prestations. Ainsi, suivant les cas, ils peuvent couvrir totalement ou partiellement le reste à charge pour l'assuré.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES POUR LES ACTES ET SOINS RÉALISÉS EN FRANCE :

- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour en secteur conventionné et non conventionné, forfait journalier hospitalier, honoraires médicaux et chirurgicaux, chambre particulière, forfait patient urgences, forfait naissance ou adoption.
- ✓ **Soins courants (pris en charge par le régime de base)** : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, matériel médical, médicaments et vaccins prescrits, transport, dispositif Mon soutien Psy, cures thermales.
- ✓ **Frais optiques** : panier de soins 100 % Santé, lunettes (monture + verres), supplément et prestations, lentilles prescrites y compris lentilles jetables, chirurgie réfractive.
- ✓ **Frais dentaires** : panier de soins 100 % Santé, soins, prothèses, inlay core, orthodontie prise en charge ou non par le régime de base (niveaux 4 à 6), implantologie et parodontologie non prises en charge par le régime de base.
- ✓ **Aides Auditives** : panier de soins 100 % Santé, prothèses auditives et autres prestations liées aux aides auditives.
- ✓ **Médecine complémentaire et prévention** : consultation en médecine complémentaire, médicaments prescrits non pris en charge par le régime de base, automédication, sevrage tabagique et contraception, acte de prévention pris en charge par le régime de base.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES POUR LES ACTES ET SOINS RÉALISÉS EN SUISSE :

- ✓ **Pour les adhérents affiliés au régime français de Sécurité sociale** : soins et hospitalisations inopinés, soins ambulatoires ou courants non urgents et en marge du travail, consultation en médecine complémentaire.
- ✓ **Pour les adhérents affiliés à la LAMal** : soins et hospitalisation médicale/chirurgicale en division commune, honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, médicaments, transport, contribution journalière aux frais d'hospitalisation, consultation en médecine complémentaire.
- ✓ **Soins inopinés à l'étranger (hors Suisse et France)** : soins et hospitalisations inopinés pris en charge par la LAMal (prise en charge de la quote-part sur les soins et hospitalisation et de la contribution journalière aux frais hospitalisation) et par le régime français de Sécurité sociale.

LA GARANTIE OPTIONNELLE :

Renfort hospitalisation (ouvert aux adhérents des niveaux 3 à 6) : prise en charge des honoraires pour les praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, de la chambre particulière, chambre particulière en soins médicaux et de réadaptation, du séjour accompagnant pour les moins de 18 ans et des frais de confort.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS SONT LES SUIVANTS :

- ✓ **Pour les actes et soins réalisés en France** : tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission.
- ✓ Assistance santé dont un service de téléconsultation.
- ✓ Exonération des cotisations en cas de décès accidentel.
- ✓ Protection Juridique Santé.
- ✓ Ateliers de prévention Santé Durable.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les :
 - établissements et services sociaux,
 - établissements médico-sociaux et médico-pédagogiques,
 - établissements ou unités de longs séjours,
 - 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.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE POUR LES SOINS EN FRANCE :

- ! **Participation forfaitaire, les franchises** sur les médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! **Majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires** relatifs aux actes réalisés en dehors du parcours de soins.
- ! **Dépassements d'honoraires** au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT RESPONSABLE POUR LES SOINS EN FRANCE :

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans. Cette période est réduite à un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Elle est réduite à 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage. Remboursement de la monture limité à 100 € pour un équipement de classe B.
- ! **Honoraires médicaux** : plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

LES AUTRES RESTRICTIONS PRÉVUES AU CONTRAT :

- ! L'adhérent et ses ayants droit doivent être âgés de moins de **68 ans (68 ans exclu)**.
- ! **Régime d'Alsace-Moselle**, la souscription n'est pas possible pour le niveau 1.
- ! Adhésion ouverte aux personnes revêtant la qualité de travailleur salarié frontalier suisse, domiciliées en France (hors Corse, DROM et COM), affiliés à la LAMal ou au régime français de Sécurité sociale, rattachées à une Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) en France et détentrices d'une carte Vitale permettant le remboursement des soins réalisés en France.
- ! Tous les membres d'une même famille doivent souscrire au même niveau de garantie et au renfort le cas échéant.
- ! **Médecine complémentaire** : le nombre total de séance est limité à **4**, qu'elles soient réalisées en France ou en Suisse.

Restrictions pour les soins en France :

- ! **Optique** : la consommation d'un équipement optique (monture + verres) ou de lentilles dans l'année d'adhésion exclut tout remboursement au titre de la chirurgie réfractive.
- ! **Dentaire** : Plafond dentaire par année d'adhésion et par bénéficiaire (hors soins y compris 100% Santé) (niveaux 2 à 6).
- ! **Chambre particulière** : exclue en psychiatrie et en soins médicaux et de réadaptation. Renfort hospitalisation : limitée à **30 jours par an**, en soins médicaux et de réadaptation.
- ! **Séjour accompagnant** - Renfort hospitalisation : limité à **30 jours par an** et pour les moins de 18 ans et les plus de 70 ans.

Restrictions pour les soins en Suisse :

- ! **Hospitalisation** : les dépenses de soins relatives aux séjours effectués en secteur hospitalier privé ou semi-privé.
- ! **La franchise ordinaire annuelle** sur les frais de santé réalisés en Suisse.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine, dans les départements de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Réunion et de Guyane, à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**) ainsi qu'en Suisse.
- ✓ Dans le monde entier, **hors France et Suisse**, pour des soins inopinés, lors de séjours n'excédant pas une durée totale de trois mois par an. Les soins effectués à l'étranger ne seront remboursés qu'à condition d'être pris en charge par le régime de base.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie, l'assuré doit :

- À l'adhésion au contrat

Compléter, dater et signer une demande d'adhésion indiquant le niveau de garantie choisi et les éventuels ayants droit à garantir.

Être travailleur frontalier suisse (toute personne résidant en France métropolitaine, qui exerce une activité professionnelle salariée en Suisse et qui retourne chaque jour ou au moins une fois par semaine en France métropolitaine),

Être affilié au régime français de Sécurité sociale ou au régime légal de protection sociale suisse (LAMal),

Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

- En cours d'adhésion

Signaler tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations, par écrit, dans le mois qui suit la connaissance que l'assuré a de l'un des événements suivants : changement d'adresse, changement du département de résidence, changement du régime de base, changement de profession. Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

- Pour les remboursements des frais de santé

Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date prévue par le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix de l'assuré (semestriel, trimestriel ou mensuel).

Le paiement peut être effectué par prélèvement bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à la date fixée d'un commun accord et indiquée dans le certificat d'adhésion, et au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion au siège d'Alptis Assurances.

L'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours pour renoncer à son adhésion suivant les modalités propres à la vente à distance ou au démarchage à domicile.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Il est possible de résilier le contrat en utilisant tout support énuméré à l'article L. 113-14 du Code des assurances:

- au moins deux mois avant la date d'échéance principale du contrat, fixée au 31 décembre de chaque année ;
- à la suite d'une modification du contrat d'assurance de groupe, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré ;
- à tout moment, dès lors que l'adhérent a souscrit son contrat depuis plus d'un an, en respectant un préavis d'un mois.

Réf : **SF_Suisses** - 04/2025 - page 2/2

Alptis Assurances

Intermédiaire en assurance

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - 25 cours Albert Thomas 69003 Lyon - RCS de LYON n° 335 244 489 - N° TVA intracommunautaire : FR37335244489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - IDU EMBPG : FR341758_01CWQT - Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au Code des Assurances - Tél : 04 72 36 16 16

CNP Assurances

Siège social : 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux - 01 42 18 88 88 - www.cnp.fr

Société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré - 341 737 062 RCS Nanterre - Entreprise régie par le code des assurances - IDU REP Papiers : FR231782_03IAIS

