

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 tableau de garanties.

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

Le produit « Luminéis » est une assurance complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, de maternité ou d'accident et intervient en complément de la Sécurité sociale française. Ce produit d'assurance respecte les conditions légales pour être qualifié de contrat responsable ; à l'exception du niveau Hospi seule qui ne respecte pas les conditions du contrat responsable.



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 tableau de prestations. Ainsi, suivant les cas, ils peuvent couvrir totalement ou partiellement le reste à charge pour l'assuré.

Les garanties de base sur les niveaux 1 à 4, sont les suivantes :

- **Hospitalisation**
Frais de séjour, honoraires, chambre particulière, séjour accompagnant d'enfant de moins de 16 ans et personne de plus de 70 ans, forfait journalier hospitalier, transport,
- **Soins et prestations inopinés à l'étranger pris en charge par le régime de base.**
- **Soins courants**
Honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, transport, médicaments pris en charge par le régime de base, matériel médical ; actes de prévention pris en charge par le régime de base.
- **Dentaire**
Soins (dont inlays, onlays, scellement des sillons) ; inlay core, prothèses et orthodontie prises en charge par le régime de base ; inlay core, prothèses, orthodontie, implantologie et parodontie non pris en charge par le régime de base ; Soins et prothèses 100% santé
- **Optique**
Lunettes, suppléments et prestations équipement optique, lentilles prescrites (y compris jetables) prises ou non prises en charge par le régime de base, chirurgie réfractive ; Equipement 100% santé
- **Aides auditives**
Prothèses auditives, autres prestations liées aux aides auditives ; Equipement 100% santé prothèses auditives.
- **Cures thermales prises en charge par le régime de base**
Honoraires, frais d'établissement, transport et hébergement.

La garantie de base sur le niveau Hospi seule est la suivante :

- **Hospitalisation**
Frais de séjour, honoraires, chambre particulière, séjour accompagnant d'enfant de moins de 16 ans, forfait journalier hospitalier, transport, soins et prestations inopinés à l'étranger et actes de prévention pris en charge par le régime de base.

Les garanties optionnelles sont les suivantes :

- **Pack optionnel Bien-Être**
Médecine complémentaire, médicaments et vaccins prescrits et non pris en charge par le régime de base et automédication.
- **Pack optionnel Optique, dentaire et aides auditives (hors panier 100% santé)**



Qu'est-ce qui est assuré (suite) ?

Les services systématiquement prévus sur les niveaux 1 à 4 sont les suivants :

- Assistance.
- Protection et assistance juridique.
- Tiers payant.
- Exonération des cotisations en cas de décès accidentel.
- Télétransmission.
- Conseil médical en ligne et consultation en ligne.

Les services systématiquement prévus sur le niveau Hospi seule sont les suivants :

- Assistance.
- Protection et assistance juridique.
- Tiers payant.
- Exonération des cotisations en cas de décès accidentel.



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.
 - Dans les établissements médico-sociaux et médico-pédagogiques.
 - Dans les établissements ou unités de longs séjours.
 - Dans les 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.
- ✗ Les frais intervenant dans les trois et six mois à compter de l'adhésion ou de l'inscription au contrat, respectivement applicables aux packs optionnels Bien-être et Optique - dentaire - prothèses auditives souscrits ultérieurement à la garantie de base.



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

Les principales exclusions du contrat responsable, sur les niveaux 1 à 4, sont les suivantes :

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

Y a-t-il des exclusions à la couverture (suite) ?

Les principales restrictions sont les suivantes :

! Chambre particulière :

- Prise en charge limitée à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements et unités de soins de suite et de réadaptation.
- Prise en charge exclue pour les établissements et unités psychiatriques,

! Séjour accompagnant : prise en charge limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire.

Les principales restrictions, sur les niveaux 1 à 4, sont les suivantes :

! Optique :

- Remboursement de la monture limité à 100,00€ par équipement.
- Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur ou si la vue évolue.
- Chirurgie réfractive exclue en cas de consommation d'un équipement optique ou de lentilles dans l'année assurée.

! Dentaire - niveaux 3 et 4 : plafonds de remboursement (hors soins) en fonction du niveau souscrit et de l'ancienneté du bénéficiaire.

! Aides auditives : prise en charge limitée à un équipement tous les 4 ans dans la limite du prix limite de vente (Classe I) ou de 1 700€ (Classe II).

Les principales restrictions, sur le niveau Hospi seule, sont les suivantes :

! Le niveau ne peut être souscrit en complément des niveaux 1 à 4.

! Forfait journalier hospitalier : prise en charge limitée à 90 jours par an en établissements et unités spécialisés (établissements psychiatriques, soins de suite ou de réadaptation).

! Transport / Soins et prestations inopinés à l'étranger : prise en charge uniquement dans le cadre d'une hospitalisation.

! Honoraires d'hospitalisation et chambre particulière : prise en charge limitée la première année.

Les principales restrictions, sur les packs optionnels, sont les suivantes :

! Ils ne peuvent pas être souscrits seuls ou en complément du niveau Hospi seule.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine.
- ✓ Dans les départements de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Réunion, et de la Guyane (à l'exclusion de Mayotte), à Saint-Martin (territoire français) ou à Saint-Barthélemy.
- ✓ Dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas une durée totale de trois mois par an (en un ou plusieurs séjours). Les soins effectués à l'étranger ne seront remboursés qu'à condition d'être pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

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

- **À la souscription du contrat**
 - Compléter, dater et signer le bulletin d'adhésion indiquant la formule de garantie choisie et les éventuels ayants-droit à garantir ;
 - Être affilié à l'un des régimes de base de la sécurité sociale française ;
 - Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cours de contrat**
 - 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.
 - Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cas de sinistre**
 - 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 être accordé au choix de l'assuré (semestriel, trimestriel ou mensuel). Le paiement peut être effectué par chèque ou prélèvement bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception du bulletin d'adhésion complété et signé au siège d'ALPTIS ASSURANCES (gestionnaire du contrat). Il y a un délai d'attente pour les packs optionnels Bien-être et Optique - dentaire - aides auditives, respectivement de trois et six mois, en cas de souscription ultérieure à la garantie de base. 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 l'année civile en cours et se renouvelle par tacite reconduction d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'un des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Il est possible de résilier le contrat en utilisant tout support énuméré à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, adressé au siège d'ALPTIS ASSURANCES – 25 cours Albert Thomas – 69445 LYON CEDEX 03.

- A la date d'échéance principale du contrat, fixée au 31 décembre de chaque année, au moins deux mois avant cette date.
- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat et dans les conditions fixées au contrat.
- A la suite d'une modification du contrat d'assurance, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré.
- En cas de révision des cotisations, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré.