

Santé Plurielle

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la 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 d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie ou des Renforts optionnels à l'exception des Équipements Optique pour lesquels la prestation est biennale. Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations. Les garanties du présent contrat 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".

| GARANTIE DE BASE | Niveau Eco | Niveau 1 | Niveau 2 | Niveau 3 | Niveau 4 | Niveau 5 |
|---|--|--|--|--|--|--|
| HOSPITALISATION MÉDICALE / CHIRURGICALE / MATERNITÉ / À DOMICILE / ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS | | | | | | |
| • Frais de séjour en secteur conventionné | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| • Frais de séjour en secteur non conventionné | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 125 % BRSS | 150 % BRSS | 200 % BRSS | 300 % BRSS |
| • Honoraires en secteur conventionné ou non conventionné - Praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins - Praticiens non signataires du Contrat d'Accès aux Soins | 100 % BRSS 100 % BRSS | 100 % BRSS 100 % BRSS | 125 % BRSS 105 % BRSS | 150 % BRSS 130 % BRSS | 200 % BRSS 180 % BRSS | 300 % BRSS 200 % BRSS |
| • Chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné (1) | – | 30 €/jour | 40 €/jour | 50 €/jour | 60 €/jour | 70 €/jour |
| • Forfait hospitalier | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER pris en charge par le régime de base | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 125 % BRSS | 150 % BRSS | 200 % BRSS | 300 % BRSS |
| FRAIS MÉDICAUX COURANTS | | | | | | |
| • Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes d'imagerie et d'échographie - Praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins - Praticiens non signataires du Contrat d'Accès aux Soins | 100 % BRSS 100 % BRSS | 100 % BRSS 100 % BRSS | 125 % BRSS 105 % BRSS | 150 % BRSS 130 % BRSS | 200 % BRSS 180 % BRSS | 300 % BRSS 200 % BRSS |
| • Consultations et visites psychiatres, neuropsychiatres et neurologues (3 consultations par an et par bénéficiaire des prestations, si hors parcours de soins coordonné) | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| • Analyses, auxiliaires médicaux | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 125 % BRSS | 150 % BRSS | 200 % BRSS | 300 % BRSS |
| • Transports | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 125 % BRSS | 150 % BRSS | 200 % BRSS | 300 % BRSS |
| PHARMACIE prise en charge par le régime de base à 65 % et à 30 % | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| DENTAIRE | | | | | | |
| • Soins (dont inlays, onlays ; scellement des sillons) | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 125 % BRSS | 150 % BRSS | 200 % BRSS | 300 % BRSS |
| • Prothèses et orthodontie prises en charge par le régime de base | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 125 % BRSS | 150 % BRSS | 200 % BRSS | 300 % BRSS |
| • Inlay core pris en charge par le régime de base | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 125 % BRSS | 150 % BRSS | 200 % BRSS | 300 % BRSS |
| • Prothèses, orthodontie, inlay core, parodontologie, implantologie non pris en charge par le régime de base | – | – | 125 €/an | 150 €/an | 200 €/an | 300 €/an |
| • Plafonds dentaires (hors soins) - 1 ^{re} année - 2 ^e année et suivantes | – | – | – | – | – | 600 € 1 200 € |
| OPTIQUE | | | | | | |
| • Équipement (1 monture + 2 verres) (2) (dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue) - Équipement à Verres simples (3) - Équipement à Verres complexes (4) - Équipement à Verres très complexes (5) - Équipement à Verre simple + Verre complexe - Équipement à Verre simple + Verre très complexe - Équipement à Verre complexe + Verre très complexe | 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS | 100 € 200 € 200 € 150 € 150 € 200 € | 150 € 300 € 325 € 225 € 238 € 313 € | 200 € 400 € 450 € 300 € 325 € 425 € | 250 € 500 € 575 € 375 € 413 € 538 € | 300 € 600 € 700 € 450 € 500 € 650 € |
| • Lentilles prescrites prises ou non prises en charge par le régime de base, y compris lentilles jetables | 100 % BRSS (6) | 100 €/an | 125 €/an | 150 €/an | 175 €/an | 200 €/an |
| • Chirurgie réfractive (7) | – | 100 €/œil | 150 €/œil | 200 €/œil | 250 €/œil | 300 €/œil |
| PROTHÈSES MÉDICALES | | | | | | |
| • Orthopédie, prothèses médicales et capillaires | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 125 % BRSS | 150 % BRSS | 200 % BRSS | 300 % BRSS |
| • Prothèses auditives | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 125 % BRSS | 150 % BRSS | 200 % BRSS | 300 % BRSS |
| PRÉVENTION | | | | | | |
| • Actes remboursés par le régime de base | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| SERVICES | | | | | | |
| • Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| • Assistance Santé (Cf. notice APJS) | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| • Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (Cf. notice APJS) | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| • Protection Juridique Santé (Cf. notice APJS) | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| • Participation aux actions de prévention santé** | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |

Suite du descriptif des prestations page suivante.

LES RENFORTS OPTIONNELS (niveaux 1 à 5)

| RENFORT BIEN ÊTRE | |
|---|---|
| MÉDECINE DOUCE Shiatsu, acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étioathe, réflexologue, naturopathe, phytothérapeute, psychologue, sexologue, psychomotricien, ergothérapeute, sophrologue, pédicure-podologue, diététicien, nutritionniste | 25 €/séance (dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire) |
| PHARMACIE ET VACCINS prescrits non pris en charge par le régime de base (dont homéopathie) et automédication (antalgiques, homéopathie, traitement des troubles gastro intestinaux, sevrage tabagique) Pharmacie prise en charge à 15 % par le régime de base | 50 % des Frais Réels (dans la limite de 50 € par an et par bénéficiaire) 100 % BRSS |
| CURE THERMALE Frais d'établissement et d'honoraires Frais de transport et d'hébergement | 200 % BRSS 200 € par an et par bénéficiaire |

| RENFORT DOA (DENTAIRE / OPTIQUE / AUDIOPROTHÈSE) | |
|---|----------------------------------|
| DENTAIRE Prothèses dentaires et orthodontie, inlay core, parodontie, implantologie prises en charge ou non pris en charge par le régime de base Montant de base (par bénéficiaire) Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente Si aucun remboursement n'est intervenu les 2 années précédentes | 100 €/an 150 €/an 200 €/an |
| OPTIQUE Montures et verres (dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, ou tous les ans pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue) Lentilles prescrites remboursées ou non prises en charge par le régime de base, y compris lentilles jetables, chirurgie réfractive | 75 €/équipement 50 €/an |
| PROTHESES AUDITIVES Montant de base (par bénéficiaire) Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente Si aucun remboursement n'est intervenu les 2 années précédentes | 100 €/an 150 €/an 200 €/an |

| RENFORT HOSPITALISATION | |
|--|--|
| DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES (Hospitalisation uniquement) • Praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins • Praticiens non signataires du Contrat d'Accès aux Soins | +50 % BRSS + 20 % BRSS*** |
| CHAMBRE PARTICULIÈRE Renfort du remboursement de base en cas d'hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité | + 20 €/jour |
| EXTENSION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CHAMBRE PARTICULIÈRE EN ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS (HORS PSYCHIATRIE) Montant de base (par bénéficiaire) Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente Si aucun remboursement n'est intervenu les 2 années précédentes | 30 €/jour (prise en charge maximale 10 jours/an) 30 €/jour (prise en charge maximale 20 jours/an) 30 €/jour (prise en charge maximale 30 jours/an) |
| SÉJOUR ACCOMPAGNANT | 25 €/jour |
| EXTENSION ASSISTANCE | Include |

*BRSS (Base de Remboursement Sécurité Sociale) : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.

**Ces actions de prévention vous sont proposées grâce aux cotisations d'association. Découvrez toute l'action associative sur www.alptis.org.

*****Dans les limites du contrat responsable**

- (1) Durée illimitée en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité. **Exclue en établissements et unités spécialisés (en psychiatrie, soins de suite et réadaptation).**
- (2) **La prise en charge de la monture au sein de l'équipement sera au maximum de 150 €.**
- (3) Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.
- (4) Verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00, et verres multifocaux ou progressifs.
- (5) Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.
- (6) Pour les lentilles prises en charge par le régime de base uniquement.
- (7) **La consommation d'un équipement optique ou de lentilles dans l'année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie exclut tout remboursement au titre de la chirurgie réfractive.**

LES MODALITÉS D'APPLICATION DES GARANTIES SONT DÉFINIES DANS LES CONDITIONS GÉNÉRALES ET LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

EN CAS DE CONTRADICTION ENTRE LES PRÉSENTES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES ET LES CONDITIONS GÉNÉRALES, LES PREMIÈRES PRÉVALENT SUR LES SECONDES.

CONDITIONS D'ADHÉSION PARTICULIÈRES, OUTRE CELLES PRÉVUES AUX CONDITIONS GÉNÉRALES

Limites d'âge :

L'adhérent et ses ayants droits doivent être âgés de moins de 85 ans (**85 ans exclu**), au jour de l'adhésion pour adhérer au niveau 3 et de moins de 80 ans (**80 ans exclu**) pour adhérer aux niveaux 4 et 5 ainsi qu'aux renforts optionnels.

Alsace-Moselle :

Pour les bénéficiaires affiliés au régime Alsace-Moselle, la souscription n'est possible qu'à partir du niveau 2.

MODALITÉS D'ÉVOLUTION DE LA COTISATION EN FONCTION DE L'ÂGE

Outre les évolutions prévues au sein des Conditions Générales, la cotisation de la garantie de base évolue contractuellement au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'âge successivement atteint de :

- 2 % de 20 ans jusqu'à l'âge de 60 ans,
- 3 % à partir de 61 ans.

Cas particulier des enfants entre 0 et 18 ans : Il n'y a pas d'évolution entre 0 et 18 ans. Au 1^{er} janvier de l'année de ses 19 ans, l'enfant se verra appliquer une cotisation adulte.

L'âge retenu est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance du bénéficiaire des prestations.

CHAMBRE PARTICULIÈRE

Pour la garantie de base :

- nombre de jours indemnisés illimité en cas d'hospitalisation chirurgicale, médicale, et maternité,
- **exclue pour les établissements et unités spécialisés et psychiatrie.**

Pour le renfort optionnel hospitalisation :

- nombre de jours indemnisés illimité en cas d'hospitalisation chirurgicale, médicale et maternité ;
- nombre de jours limité en établissements et unités spécialisés :
 - montant de base : 10 jours par an,
 - si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente : 20 jours par an,
 - si aucun remboursement n'est intervenu les 2 années précédentes : 30 jours par an ;
- **la chambre particulière est exclue en psychiatrie.**

DÉLAIS D'ATTENTE

Pour la garantie de base :

Aucun délai d'attente ne s'applique.

Pour les renforts optionnels :

Lorsque la souscription du renfort optionnel intervient simultanément avec la garantie de base :

- aucun délai d'attente pour les renforts Bien Être et Dentaire-Optique-Audioprothèse,
- 4 mois de délai d'attente pour le renfort Hospitalisation.

Lorsque la souscription du renfort optionnel intervient ultérieurement :

- 3 mois pour le renfort Bien Être,
- 6 mois pour les renforts Dentaire-Optique-Audioprothèse et Hospitalisation.

Les délais d'attente commencent à courir à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion au(x) renfort(s) optionnel(s) figurant sur le certificat d'adhésion.

REPORT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS NON UTILISÉ POUR LE RENFORT OPTIONNEL DENTAIRE-OPTIQUE-AUDIOPROTHÈSE

Pour les postes Dentaire et Prothèses Auditives, si le montant exprimé en euros n'a pas été utilisé au cours d'une année, calculée à partir de la date d'effet du renfort optionnel, 50 % de ce montant s'ajoute au montant de l'année suivante, dans la limite de 2 années, soit au maximum deux fois la valeur initiale du montant de base.

TIERS PAYANT À L'USAGE (facultatif)

Fonctionnement :

En cas de souscription du Tiers Payant à l'usage, Alptis Assurances prélève des frais de fonctionnement en cas d'usage du tiers payant, à hauteur de 2 euros par facture, pour les spécialités ouvertes au tiers payant (hors hospitalisation).

Si plusieurs de ces actes sont rattachés à une même facture, les frais de fonctionnement du tiers payant ne seront appliqués qu'une seule fois.

Si le bénéficiaire des prestations n'utilise pas son tiers payant, les frais ne lui sont pas appliqués et il doit faire parvenir à Alptis Assurances l'original du relevé de remboursement délivré par son régime de base.

Les frais de fonctionnement du tiers payant sont dus par l'adhérent à Alptis Assurances et retenus sur le paiement des remboursements ultérieurs.

Le montant des frais de fonctionnement du tiers payant est indiqué sur les relevés de prestations.

Modalité d'adhésion :

L'adhérent pourra demander la mise en place du Tiers Payant à l'usage en cours de contrat, pour un effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

La souscription du Tiers Payant à l'usage est familiale.

L'adhérent pourra demander la suppression du Tiers Payant à l'usage, pour un effet au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet qui suit la demande.

La suppression du Tiers Payant à l'usage est familiale.

Réduction tarifaire :

Si le tiers payant à l'usage est souscrit une réduction tarifaire sera appliquée sur la cotisation.