

Pourquoi s'assurer dans notre organisme ?

- 1) Nous avons des contrats avec de bonnes garanties et un coût raisonnable.
- 2) Notre organisme est à taille humaine vous ne serez pas un numéro.
- 3) Vous aurez un interlocuteur dédié que vous aurez au téléphone quand vous aurez besoin de nous joindre c'est particulièrement appréciable.
- 4) Vous ne tomberez jamais sur une plate forme téléphonique c'est très désagréable.
- 5) Nous avons des clients sur toute la France et dans le monde, et nous réglons nos dossiers rapidement.

**Vous pouvez donner nos coordonnées à vos connaissances,
vous leur rendrez un service très utile, merci.**

2 - CONTRAT COMPLEMENTAIRE A LA CPAM

Pour le remboursement des soins en maladie et accident, nous pouvons vous établir un contrat qui permet de prendre en charge vos soins de santé en France. En Suisse, dans l'UE et à l'étranger pour les soins imprévus. Je vous donne quelques informations pour comprendre le fonctionnement des remboursements à la sécurité sociale (= CPAM) sur les abréviations BRSS et CAS.

Le BRSS : est la base de remboursement sur laquelle la CPAM s'appuie pour effectuer un remboursement.

Le CAS (Contrat d'Accès aux Soins) : est une convention signée entre certains docteurs et la sécurité sociale, ceux-ci se sont engagés à appliquer des dépassements d'honoraires raisonnables suite à une nouvelle loi.

Toutes les options ont des particularités intéressantes (coût et garanties). L'option 2 est la plus utilisée.

Vous avez la possibilité de faire une demande de devis en ligne, en cliquant sur « DEVIS COMPLEMENTAIRE SANTE », pour connaître le coût et recevoir votre étude personnalisée, en fonction de ce que vous souhaitez comme garanties.

Vous avez le tableau des garanties. Suivant le choix de l'option, elles remboursent certains actes non remboursés par la sécurité sociale ou des dépassements de certains spécialistes de la santé. Seuls les docteurs généralistes, les laboratoires, les radiologues et les pharmaciens n'en font pas. Il y a des dépassements d'honoraires en général chez les spécialistes.

Avec Niveau ECO – Niveau 1 – Niveau 2 (il existe des options plus élevées mais peu utilisées). Même avec l'option ECO, les frais de soins en hospitalisation, qui varient de 300€ à 4000€ par jour, sont pris en charge à 100%, que ce soit en établissement public ou privé en France.

Cette institution a été créé par et pour les consommateurs en 1964, il n'y pas de dividendes à distribuer aux actionnaires.

La Complémentaire santé rembourse certains actes non remboursés par la sécurité sociale.

La carte tiers payant est acceptée dans les pharmacies et beaucoup de laboratoires et de radiologues, où vous n'aurez rien à régler. L'assurance santé règle **directement** en hospitalisation, l'établissement lorsque l'assuré est hospitalisé au moins une nuit.

A l'étranger vous pouvez prendre la GARANTIE ASSISTANCE (Voir le contrat d'assistance et rapatriement).

TRES IMPORTANT : Nous répondrons immédiatement à toutes questions que vous vous posez.

**ALPTIS à des particularités importantes que beaucoup de compagnies n'ont pas,
notamment la garantie ci-dessous :**

UNE PROTECTION JURIDIQUE s'élevant à **31017 €** en cas d'erreur médicale hors hospitalisation et en hospitalisation est dans toutes les options, elle est incorporée au tarif.

Après une opération on voit des cas à la télévision, exemple une compresse médicale oubliée et ce n'est pas le pire, existent aussi les nombreuses **maladies nosocomiales** contractées dans les cliniques ou hôpitaux, qui passent sous silence. **Cette garantie interviendra également en cas d'agression**

Santé Plurielle

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 (RB). 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. Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de 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 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". De ce fait, le remboursement minimum ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1^{er} de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
- Praticiens non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	100 % BRSS	100 % BRSS	105 % BRSS	130 % BRSS	180 % 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	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
- Praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins	100 % BRSS	100 % BRSS	105 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS
- Praticiens non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Consultations et visites psychiatres, neuropsychiatres et neurologues	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	—	—	—	—	—	600 €
- 2 ^e année et suivantes	—	—	—	—	—	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)	100 % BRSS	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
- Équipement à Verres complexes (4)	100 % BRSS	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
- Équipement à Verres très complexes (5)	100 % BRSS	200 €	325 €	450 €	575 €	700 €
- Équipement à Verre simple + Verre complexe	100 % BRSS	150 €	225 €	300 €	375 €	450 €
- Équipement à Verre simple + Verre très complexe	100 % BRSS	150 €	238 €	325 €	413 €	500 €
- Équipement à Verre complexe + Verre très complexe	100 % BRSS	200 €	313 €	425 €	538 €	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.

Réf : DP_PLURIELLE

Santé Plurielle

LES RENFORTS OPTIONNELS (niveaux 1 à 5)

RENFORT BIEN ÊTRE	
MÉDECINE DOUCE Shiatsu, acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étiope, 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 Honoraires • Praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins • Praticiens non signataires du Contrat d'Accès aux Soins Frais d'établissement Frais de transport et d'hébergement	220 % BRSS 200 % BRSS 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 prises 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 (2) 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 (Cf. notice APIS)	Incluse

*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 € (garantie de base + renfort DOA si souscrit).
- (3) **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.
- (4) **Verres complexes** : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.
- (5) **Verres très complexes** : verres multifocaux ou progressifs sphère-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.
- (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