

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.**

3 - CONTRAT COMPLEMENTAIRE A LA CPAM FRONTALIERS

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 (et à l'étranger pour les soins imprévus). L'Adhésion se fait sans formulaire médical. Le coût vous sera donné à réception du « FORMULAIRE DE CONTACT », que vous obtenez en cliquant sur « Contactez nous par Email ».

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 125 est la plus utilisée.

Vous avez la possibilité de faire une demande, pour connaître le coût et recevoir votre étude personnalisée.

Vous avez le tableau des garanties, à la page suivante. 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 en France. 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 les contrats frontaliers 100, 125, 150 et 200, 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 Frontaliers

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la 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.

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.

Pour les soins délivrés en Suisse, ou la notion de contrat d'accès aux soins (CAS) n'existe pas, les prestations seront celles appliquées aux praticiens non signataires du CAS.

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° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

- Légende**
- Actes réalisés en France / Actes réalisés en Suisse remboursés selon les bases de remboursement de la Sécurité sociale Française
 - Actes réalisés en Suisse non remboursés par le régime de base français
 - Autres actes réalisés en France ou en Suisse

Actes réalisés en France ou Suisse remboursés par le régime de base selon les bases de la Sécurité sociale française sauf Actes précédés du logo + réalisés en Suisse non remboursés par le régime de base français ; pour le calcul des prestations correspondantes, la BRSS* est déterminée par assimilation à leur équivalent en France.	Frontaliers 100	Frontaliers 125	Frontaliers 150	Frontaliers 200
HOSPITALISATION MÉDICALE / CHIRURGICALE / À DOMICILE / MATERNITÉ / ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS				
• Frais de séjour en secteur conventionné en France	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Frais de séjour en Suisse ou en secteur non conventionné en France	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Honoraires en secteur conventionné ou non - Praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins - Praticiens non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	125 % BRSS 100 % BRSS	150 % BRSS 125 % BRSS	175 % BRSS 150 % BRSS	225 % BRSS 200 % BRSS
• Chambre particulière (1)	–	30 €/jour	45 €/jour	60 €/jour
• Séjour accompagnant enfant < 16 ans (maxi 30 jours/an)	–	15 €/jour	20 €/jour	30 €/jour
• Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Forfait naissance ou adoption (2)	–	125 €	150 €	200 €
FRAIS MÉDICAUX COURANTS				
• Consultations et visites - Praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins - Praticiens non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	125 % BRSS 100 % BRSS	150 % BRSS 125 % BRSS	175 % BRSS 150 % BRSS	225 % BRSS 200 % BRSS
+ • Consultations et visites réalisées en Suisse et non remboursés par le régime de base français	–	25 €/séance	30 €/séance	35 €/séance
5 séances par an et par bénéficiaire				
• Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie - Praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins - Praticiens non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	125 % BRSS 100 % BRSS	150 % BRSS 125 % BRSS	175 % BRSS 150 % BRSS	225 % BRSS 200 % BRSS
+ • Actes techniques médicaux réalisés en Suisse et non remboursés par le régime de base français	–	50 % BRSS	60 % BRSS	70 % BRSS
• Actes d'imagerie et d'échographie - Praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins - Praticiens non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	125 % BRSS 100 % BRSS	150 % BRSS 125 % BRSS	175 % BRSS 150 % BRSS	225 % BRSS 200 % BRSS
+ • Actes d'imagerie et d'échographie réalisés en Suisse et non remboursés par le régime de base français	–	50 % BRSS	60 % BRSS	70 % BRSS
• Analyses, auxiliaires médicaux, transports	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
+ • Analyses, auxiliaires médicaux, transports réalisés en Suisse et non remboursés par le régime de base français	–	50 % BRSS	60 % BRSS	70 % BRSS
+ • Actes d'ostéopathe, étio-pathe, podologue, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, pédicure non remboursés par le régime de base français	–	20 €/séance	30 €/séance	40 €/séance
5 séances par an et par bénéficiaire en France ou en Suisse, toutes spécialités confondues				
PHARMACIE				
• Médicaments pris en charge à 65 % ou 30 % par le régime de base français	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Médicaments pris en charge à 15 % par le régime de base français	–	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
+ • Pharmacie prescrite achetée en Suisse (hors parapharmacie) non remboursée par le régime de base français	–	50 €	60 €	70 €
Par an et par bénéficiaire				
DENTAIRE				
• Soins (dont inlays, onlays, scellement des sillons)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
+ • Soins réalisés en Suisse non remboursés par le régime de base français (dont inlays, onlays, scellement des sillons)	–	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Prothèses et orthodontie prises en charge par le régime de base + Supplément prothèses et orthodontie prises en charge ou non par le régime de base, parodontie non prise en charge par le régime de base	100 % BRSS + 100 €/an	125 % BRSS + 200 €/an	150 % BRSS + 300 €/an	200 % BRSS + 400 €/an
Report de 25 % du montant de base en euros l'année suivante s'il n'est pas utilisé, plafonné à 4 ans				

Suite du descriptif des prestations page suivante.

Réf : DP_SANTÉ FRONTALIERS

Santé Frontaliers

Actes réalisés en France ou Suisse remboursés par le régime de base selon les bases de la Sécurité sociale française sauf Actes précédés du logo + réalisés en Suisse non remboursés par le régime de base français ; pour le calcul des prestations correspondantes, la BRSS* est déterminée par assimilation à leur équivalent en France.	Frontaliers 100	Frontaliers 125	Frontaliers 150	Frontaliers 200
DENTAIRE (suite)				
• Implantologie non prise en charge par le régime de base	100 €/an	200 €/an	300 €/an	400 €/an
• Plafonds de remboursement dentaire par bénéficiaire, hors soins :				
- 1 ^{re} année	–	400 €	500 €	600 €
- 2 ^e année	–	800 €	1 000 €	1 200 €
- 3 ^e année et suivantes	–	1 200 €	1 500 €	1 800 €
OPTIQUE REMBOURSÉE PAR LE RÉGIME DE BASE FRANÇAIS ou OPTIQUE EN SUISSE, PRESCRITE, NON REMBOURSÉE PAR LE RÉGIME DE BASE FRANÇAIS				
Dans la limite d'un équipement (3) (1 monture et 2 verres) tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue				
- Équipement verres simples (4)	125 €	200 €	300 €	400 €
- Équipement verres complexes (5) et/ou verres très complexes (6)	200 €	300 €	450 €	600 €
- Équipement avec un verre simple et un verre complexe ou verre très complexe	165 €	250 €	375 €	500 €
• Lentilles prescrites, prises ou non prises en charge par le régime de base français, y compris lentilles jetables	50 €/an	75 €/an	100 €/an	150 €/an
• Chirurgie réfractive (par œil) (7)	200 €	300 €	450 €	600 €
PROTHÈSES MÉDICALES				
• Orthopédie, prothèses médicales, capillaires	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Prothèses auditives	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
CURES THERMALES				
• Honoraires	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Frais de transports et d'hébergement, forfait thermal et soins	100 % BRSS	125 €/an	150 €/an	200 €/an
PRÉVENTION				
• Actes pris en charge par le régime de base	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
• Vaccins anti-grippe	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SERVICES				
• Tiers payant	Oui	Oui	Oui	Oui
• Alptis Assistance (se reporter à la notice ASF)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Protection Juridique Santé (offerte par l'association Alptis Frontaliers à ses adhérents - se reporter à la notice PJSF)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter à la notice ASF)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Rapatriement décès (se reporter à la notice ASF)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Participation aux actions de prévention santé**	Oui	Oui	Oui	Oui

Légende

Actes réalisés en Suisse remboursés selon les tarifs suisses de la LAMal
 Actes réalisés à l'étranger (hors Suisse)

	Frontaliers 100	Frontaliers 125	Frontaliers 150	Frontaliers 200
SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS OU URGENTS À L'ÉTRANGER				
SOINS ET PRESTATIONS EN SUISSE (remboursés par le régime de base selon les bases du tarif suisse de la LAMal)				
• Soins et hospitalisation (pris en charge par le régime de base français)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS

*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.

(1) Durée illimitée en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale ou maternité et **limitée à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements ou unités de soins spécialisés.**

(2) Si inscription de l'enfant dans les deux mois qui suivent la naissance ou l'adoption.

(3) **Le remboursement pour la monture ne pourra excéder 150 €.**

(4) 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.

(5) 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.

(6) 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.

(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.