



UNE GRANDE LIBERTÉ DE CHOIX POUR S'ADAPTER AU MIEUX AUX BESOINS DU CLIENT, AVEC DES SERVICES DE QUALITÉ

Seniors (60 ans et +) et PRO (travailleurs indépendants, présidents SASU et SAS)

- Produit ultra modulaire avec 3 formules à la carte
- Surcomplémentaire pour choisir librement son médecin (DPTAM ou non)
- Fidélité récompensée : garanties améliorées après 2 ans d'adhésion
- Large choix de taux de commissionnement

Caractéristiques techniques	Structure	Socle de garantie : 3 formules au choix avec 8 niveaux de prestations : Formule 1 : Hospitalisation seule en niveau entier (non responsable). Ouvert du N2 au N5 Formule 2 : Hospitalisation et Soins courants en niveau entier (non responsable). Ouvert du N2 au N5 Formule 3 : Une formule complète (responsable) : Hospitalisation + Soins courants + Frais de santé. Modulable du N1 au N8 Option : 1 surcomplémentaire non responsable pour aligner les honoraires non DPTAM de l'hospitalisation et des soins courants sur ceux du DPTAM (jusqu'à 400 %)
	Prestations	- Prise en charge des médecines complémentaires en inclusion jusqu'à 55 €/séance - Remboursement des spécialités d'homéopathie, d'huiles essentielles, de phytothérapie en inclusion jusqu'à 50 € - Financement des activités sportives prescrites pour les personnes souffrant d'ALD (dès le niveau 4 et jusqu'à 60 €/an) - Remboursement du dentaire non pris en charge jusqu'à 400 € - Fidélité récompensée : garanties améliorées après 2 ans d'adhésion sur les honoraires et la médecine complémentaire
	Services inclus au contrat	Assistance personnalisée 24h/24 et 7j/7 avec des prestations qui s'adaptent à la situation de l'assuré grâce à des enveloppes de services pouvant aller jusqu'à 500 € en cas d'hospitalisation, y compris ambulatoire. Possibilité de transférer 50 % de ses services d'assistance en cas d'hospitalisation d'un descendant ou ascendant non assuré au contrat. (plus de détails pages 7-8) Téléconsultation illimitée accessible 24h/24 et 7j/7 - Protection juridique santé - Tiers-payant et remboursements automatisés par télétransmission - Exonération des cotisations pendant 2 ans pour les ayants droit en cas de décès accidentel de l'assuré
	Parcours de vente	- Étude personnalisée et tarificateur sur Alptis connect - Signature électronique
	Conditions	Âge limite d'adhésion : N1 à N5 : aucune limite d'âge N6 : 80 ans et plus exclus N7 et N8 : 70 ans et plus exclus Surcomplémentaire : limite d'âge du niveau Hospitalisation - Les limites d'âge s'appliquent à l'adhérent et à son conjoint Âge limite de prestation : Aucun Délais d'attente : Formule 1 et Formule 2 sur l'hospitalisation uniquement : 3 mois sauf en cas d'accident Formule 3 : Aucun Surcomplémentaire : 3 mois Territorialité : France métropolitaine (Corse incluse), les DROM (hors Mayotte), Saint-Barthélemy et Saint-Martin
Structure tarifs	Critères tarifants	- Statut de l'assuré : SENIOR ou PRO Cotisation en fonction de l'âge à l'adhésion avec augmentation annuelle contractuelle (hors indexation technique) 4 zones de tarif
	Avantages	- Couple : -10 % pour les adhérents Seniors (non valable pour les adhérents PRO) - Famille : -50 % à partir du 2^e enfant - Alsace-Moselle : -50 % (niveau 2), -40 % (niveau 3), -35 % (niveaux 4 à 8) pour les adhérents Seniors
	Fiscalités	La Formule 3 est une offre responsable éligible à la fiscalité Madelin
	Association	Cotisation d'association : - Pour les personnes âgées de 67 ans ou moins : 2 € / mois - Pour les personnes âgées de plus de 67 ans : 2,30 € / mois - Droit d'entrée : 11 € à payer en une fois à la souscription

Réglementation : LCB – FT (Lutte Contre le Blanchiment – Financement du Terrorisme) : le niveau de vigilance du produit est précisé page 9.

Garanties complémentaires

- Garantie Dépendance • Pack Hospi

+ Services Associatifs

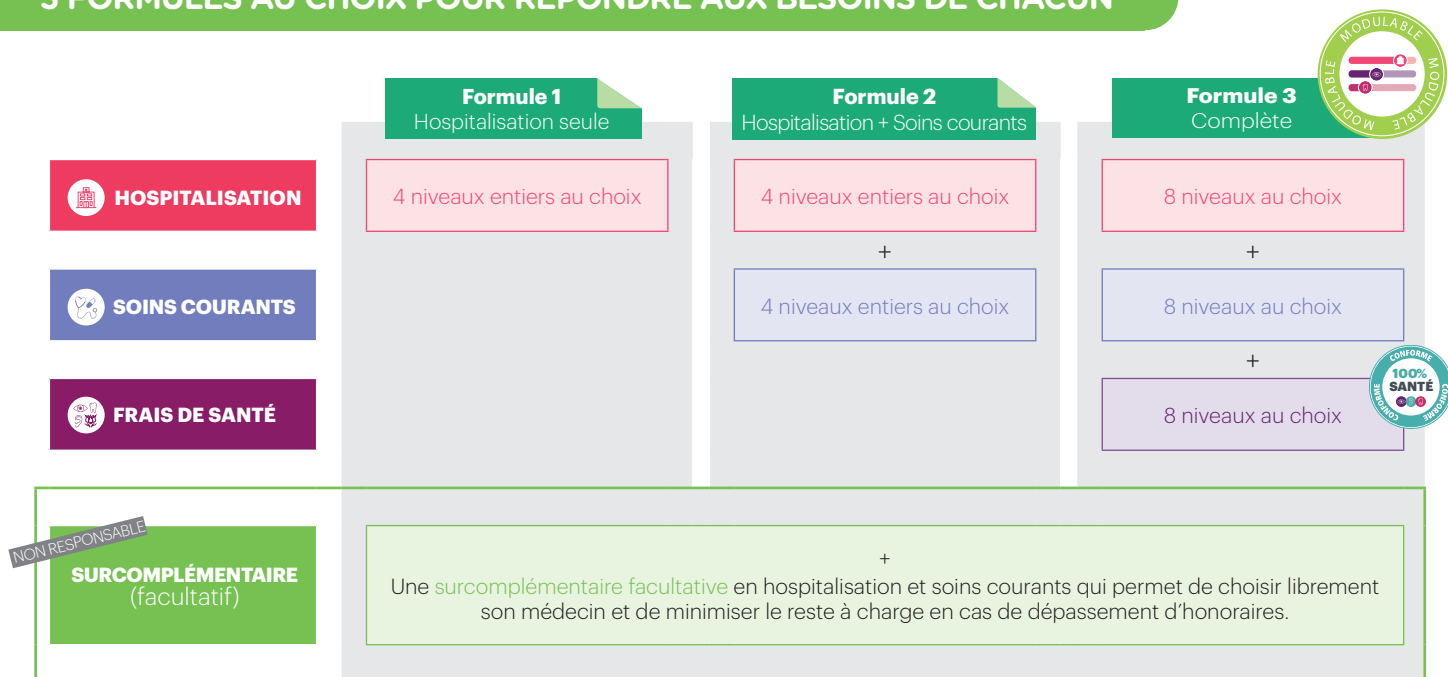
→ Programme **Cap Santé Durable** pour les particuliers (cap-sante-durable.org)

→ **Accompagnement professionnel :** pour une transition sereine vers la retraite (mon-avenir-retraite.fr)

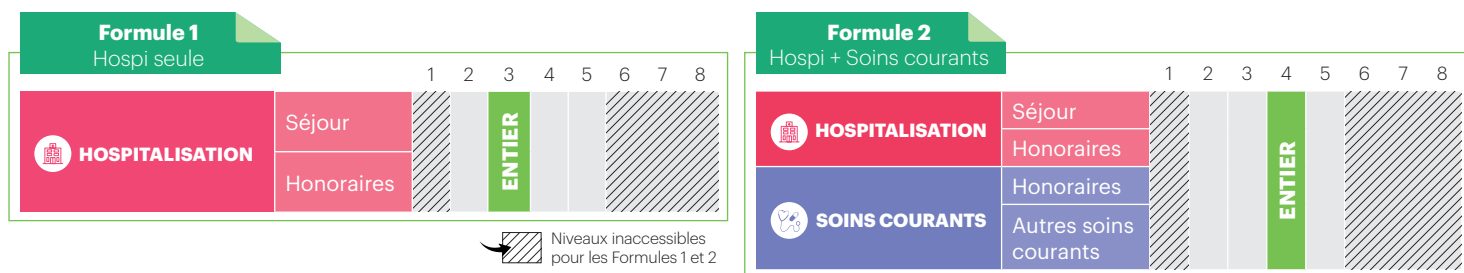
→ Accès aux **tutoriels vidéos** Santé Durable sur la chaîne YouTube Alptis (youtube.com/@alptisassociation)



3 FORMULES AU CHOIX POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE CHACUN



3 FORMULES : DES PERSONNALISATIONS DIFFÉRENTES

Formule 3
Complète

Des règles ultra simples :

- Du N1 au N5, le choix des garanties peut se faire par niveau entier ou de façon modulaire (avec un écart maximal d'un niveau entre les deux niveaux sélectionnés).
- Du N6 au N8, les garanties sont accessibles uniquement en niveau entier.

		N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8
HOSPITALISATION	Séjour								
	Honoraires								
SOINS COURANTS	Honoraires								
	Autres soins courants								
FRAIS DE SANTÉ	Optique								
	Dentaire								
	Aides auditives								
	Médecine complémentaire et prévention								

1 niveau d'écart

Du N6 au N8 : choix des garanties en niveau entier uniquement

Exemple : le niveau le plus bas sélectionné étant le N3, les autres postes pourront avoir des niveaux de garanties entre 3 et 4. Si on sélectionne un poste au niveau 6, tous les autres postes seront alignés au niveau 6, car la modularité n'est pas accessible à partir de ce niveau.



DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Garanties de base	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7	Niveau 8
						☐	☐	☐
☒ COUVERTURE HOSPITALISATION								
 HOSPITALISATION médicale, chirurgicale, à domicile, maternité, établissements et unités spécialisés								
Séjour	☐	☐	☐	☐	☐			
Frais de séjour - En secteur conventionné - En secteur non conventionné	Frais Réels 100 % BRSS	Frais Réels 125 % BRSS	Frais Réels 150 % BRSS	Frais Réels 200 % BRSS	Frais Réels 250 % BRSS	Frais Réels 300 % BRSS	Frais Réels 350 % BRSS	Frais Réels 400 % BRSS
Chambre particulière (exclue en psychiatrie) - En cas d'hospitalisation (dont ambulatoire) médicale, chirurgicale, maternité (exclue en établissement et unités spécialisés)(1) (forfait par jour) - En cas de soins de suite et de réadaptation dans la limite de 30 jours (forfait par jour)	-	30 €	45 €	60 €	75 €	90 €	100 €	110 €
Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Séjour accompagnant (forfait par jour)	-	15 €	20 €	25 €	30 €	35 €	40 €	45 €
Honoraires	☐	☐	☐	☐	☐			
- Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	400 % BRSS
BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire	-	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %
- Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	105 % BRSS	130 % BRSS	155 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Services d'assistance en cas d'hospitalisation Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par votre service d'assistance	Prestations de services dans la limite de 500 € par année d'adhésion, dans les conditions fixées par la Notice d'information ASI							
☒ COUVERTURE SOINS COURANTS								
 SOINS COURANTS								
Honoraires	☐	☐	☐	☐	☐			
Honoraires médicaux (pris en charge par le régime de base) (médecins généralistes et spécialistes) : Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes d'imagerie et d'échographie pris en charge par le régime de base								
- Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	400 % BRSS
BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire	-	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %
- Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS	105 % BRSS	130 % BRSS	155 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Honoraires paramédicaux (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	400 % BRSS
Analyses et examens de laboratoire (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	400 % BRSS
Soins inopinés à l'étranger (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Autres soins courants	☐	☐	☐	☐	☐			
Dispositif Mon soutien psy : Séances d'accompagnement psychologique prescrites et réalisées auprès de psychologues conventionnés avec l'Assurance Maladie dont la liste est consultable sur https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue	100 % BRSS (dans la limite du nombre de séances annuelles fixé par le dispositif)							
Cure thermique prise en charge par le régime de base - Honoraires médicaux - Frais d'établissement - Transport et hébergement (pris en charge ou non pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS + 50 € (par année civile)	100 % BRSS + 75 € (par année civile)	100 % BRSS + 100 € (par année civile)	100 % BRSS + 150 € (par année civile)	100 % BRSS + 200 € (par année civile)	100 % BRSS + 250 € (par année civile)	100 % BRSS + 350 € (par année civile)
Transport (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	275 % BRSS	300 % BRSS
Matériel médical (2) (pris en charge par le régime de base) Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives, optique, VPH et prothèses capillaires)	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	275 % BRSS	300 % BRSS



Garanties de base	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7	Niveau 8
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autres soins courants (suite)	☐	☐	☐	☐	☐			
Véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) Équipements 100% Santé VPH Location courte durée (3) (dans la limite d'une prise en charge de 6 mois de facturation consécutifs par année glissante) Équipements autres que 100% Santé - VPH Achat neuf et Location Longue Durée prescrits et pris en charge par le régime de base - Autres prestations liées aux VPH	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	275 % BRSS	300 % BRSS
Prothèses capillaires Équipements 100% Santé Prothèses capillaires Classe II (3) Équipements autres que 100% Santé - Prothèses capillaires Classe I prescrites et prises en charge par le régime de base - Prothèses capillaires Classe III (3) et Classe IV	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
	100 % BRSS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	275 % BRSS	300 % BRSS
Médicaments prescrits (pris en charge par le régime de base à 15 %, 30 % et 65 %)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Médicaments et Vaccins prescrits (non pris en charge par le régime de base) (par année d'adhésion)	-	-	25 €	30 €	35 €	40 €	45 €	50 €
✓ COUVERTURE FRAIS DE SANTÉ								
OPTIQUE	☐	☐	☐	☐	☐			
Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixtes (4) dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans (tous les ans) ou en cas d'évolution de la vue								
Équipements 100 % Santé : Verres et Montures de Classe A Suppléments et prestations (5) (6)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Équipements autres que 100 % Santé : Verres et Montures de Classe B (7) Équipement à Verres simples (8) Équipement à Verres complexes (9) Équipement à Verres très complexes (10) Équipement à Verre simple + Verre complexe Équipement à Verre simple + Verre très complexe Équipement à Verre complexe + Verre très complexe	100 % BRSS	50 €	150 €	175 €	200 €	250 €	300 €	350 €
	100 % BRSS	200 €	250 €	275 €	300 €	400 €	450 €	550 €
	100 % BRSS	200 €	275 €	320 €	350 €	450 €	500 €	650 €
	100 % BRSS	125 €	200 €	225 €	250 €	325 €	375 €	450 €
	100 % BRSS	125 €	225 €	250 €	275 €	350 €	400 €	500 €
	100 % BRSS	200 €	265 €	300 €	325 €	425 €	475 €	600 €
Suppléments et prestations	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Lentilles prescrites (prises ou non prises en charge par le régime de base) , y compris lentilles jetables (par année d'adhésion)	100 % BRSS	100 €	125 €	150 €	175 €	200 €	225 €	250 €
Chirurgie réfractive (remboursement par œil, par année d'adhésion) (11)	-	125 €	150 €	175 €	200 €	250 €	300 €	350 €
DENTAIRE	☐	☐	☐	☐	☐			
Soins et prothèses du panier 100 % Santé (12)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Soins dont inlays, onlays, scellement des sillons (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	400 % BRSS	400 % BRSS
Inlay-core (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	400 % BRSS	400 % BRSS
Prothèses et orthodontie (prises en charge par le régime de base)	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	400 % BRSS	400 % BRSS
Prothèses, parodontologie, implantologie, orthodontie , non prises en charge par le régime de base (par année d'adhésion)	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
AIDES AUDITIVES (13) (dans la limite d'un équipement par oreille tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive)	☐	☐	☐	☐	☐			
Équipements 100 % Santé : Aide auditive de Classe I (14)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Équipements autres que 100 % Santé : Aide auditive de classe II	100 % BRSS	100 % BRSS +100 €	100 % BRSS +200 €	100 % BRSS +300 €	100 % BRSS +400 €	100 % BRSS +500 €	100 % BRSS +600 €	100 % BRSS +700 €
Autres prestations liées aux aides auditives (piles, entretien...) (par année d'adhésion pour la garantie exprimée en euros)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS +5 €	100 % BRSS +10 €	100 % BRSS +15 €	100 % BRSS +20 €	100 % BRSS +25 €	100 % BRSS +30 €



Garanties de base	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7	Niveau 8
 Médecines Complémentaires et prévention	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consultation en médecine complémentaire (dans la limite de 4 séances par année d'adhésion) : ostéopathe, chiropracteur, étiope, psychomotricien, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, shiatsu, réflexologue, naturopathe, phytothérapeute, ergothérapeute, psychologue, sexologue, sophrologue, hypnothérapeute	-	25 € par séance	30 € par séance	35 € par séance	40 € par séance	45 € par séance	50 € par séance	55 € par séance
BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire	-	+5 € +1 séance	+5 € +1 séance	+5 € +1 séance	+5 € +1 séance	+5 € +1 séance	+5 € +1 séance	+5 € +1 séance
Spécialité homéopathique, d'huiles essentielles, de phytothérapie, de gemmothérapie, achetées en officine (par année d'adhésion)	-	-	25 €	30 €	35 €	40 €	45 €	50 €
BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire	-	-	+ 5 €	+ 5 €	+ 5 €	+ 5 €	+ 5 €	+ 5 €
Actes de prévention (15) (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Sport sur prescription médicale (par bénéficiaire atteint d'une affection de longue durée et par année d'adhésion)	-	-	-	20 €	20 €	30 €	50 €	60 €
 SERVICES								
Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance Santé Individuelle (se reporter à la Notice ASI)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Téléconsultation (se reporter à la Notice ASI)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Protection Juridique Santé (se reporter à la Notice PJS)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter à la Notice ASI)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Participation aux actions de prévention santé*	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

*BRSS (Base de Remboursement Sécurité Sociale) : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

**Ces ateliers gratuits sont financés grâce à la cotisation d'association associée à votre contrat. Retrouvez les ateliers et des informations sur la Santé Durable sur Cap Santé Durable (<https://cap-sante-durable.org/>).

(1) Durée illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale. **Exclue en établissements et unités spécialisés.**

(2) Dispositifs médicaux au sens de l'article L. 5211-1 du Code de la Santé publique, et les produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

(3) La prise en charge est limitée aux prix limites de vente (PLV).

(4) Équipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).

(5) Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des équipements de classe A avec prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, **dans la limite des prix limites de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.**

(6) Prix limite de vente de la monture en classe A : 30 euros.

(7) La prise en charge de la monture de classe B au sein de l'équipement sera au maximum de 100 euros.

(8) Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6.

(9) Verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ou dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +6, verres unifocaux dont la sphère est inférieure à -6 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -4 et +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.

(10) Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4 à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à -8 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +8.

(11) La consommation d'un équipement optique ou de lentilles dans l'année exclut tout remboursement au titre de la chirurgie réfractive.

(12) Tels que définis réglementairement sans reste à charge. Cette garantie comprend la prise en charge des prestations dentaires définies par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale **dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention telle que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale, ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162 14-2 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.**

(13) La prise en charge de l'aide auditive est limitée au prix limite de vente pour une aide auditive de classe I, ou à compter du 01/01/2021 à 1 700 euros pour une aide auditive de classe II.

(14) Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe I à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, **dans la limite des prix limites de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.**

(15) Tels que définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.



SURCOMPLÉMENTAIRE

La surcomplémentaire pour renforcer :

- **La formule 1 (hospitalisation seule)**, en intervenant uniquement sur les honoraires hospitalisation.
- **La formule 2 et 3**, en intervenant sur les honoraires hospitalisation et soins courants.

Les remboursements exprimés dans le tableau ci-dessous interviennent sous déduction :

- Des prestations du **régime obligatoire**
- Des prestations du **contrat de base** Santé Select

Garanties de base	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7	Niveau 8
SURCOMPLÉMENTAIRE								
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale, à domicile, maternité, établissements et unités spécialisés								
Honoraires : Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	-	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %
SOINS COURANTS								
Honoraires médicaux : Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes pris en charge par le régime de base. Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	-	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %

GARANTIES D'ASSISTANCE ET SERVICES ASSOCIÉS

- Assistance 100 % personnalisable avec des enveloppes de services
- Téléconsultation 7j/7 et 24h/24
- Protection juridique
- Exonération des cotisations pendant 2 ans pour les ayants droit en cas de décès accidentel de l'assuré

(Plus d'informations aux pages 7-8)

LES GARANTIES D'ASSISTANCE ASSOCIÉES AUX OFFRES SANTÉ

SANTÉ
PRO+

SANTÉ
SELECT

SANTÉ
PROTECT

SANTÉ
ÉQUILIBRE

SANTÉ
FRONTALIERS
SUISSES

UNE ASSISTANCE 100 % PERSONNALISABLE AVEC DES ENVELOPPES DE SERVICES

Le concept des enveloppes de services

Les enveloppes de services correspondent à un montant en euros, que chaque assuré a à sa disposition pour choisir parmi les prestations proposées dans sa garantie d'assistance. Ce montant lui permet d'ajuster la quantité de services en fonction de ses besoins (ex : 15h d'aide-ménagère au lieu de 8h dans un format classique). Ainsi, chaque assuré a les mêmes garanties d'assistance, mais chacun pourra les utiliser et répartir son montant de manière différente et personnalisée !

À noter : Chaque événement* ouvre une enveloppe avec un montant et des services spécifiques.

*ex : en cas d'hospitalisation, de maternité, etc.

Exemples en cas d'hospitalisation ambulatoire**



**Exemples à titre indicatif sans engagement contractuel.

Comment ça fonctionne ?



L'assuré appelle un numéro dédié accessible 24h/24, 7j/7. Un conseiller médico-social évalue avec lui sa situation.



Le conseiller présente à l'assuré les services appropriés inclus dans la palette de solutions disponibles.



L'assuré choisit les services à mettre en place.

LA TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE ILLIMITÉE

Un service gratuit, simple et souple

Les téléconsultations en ligne ou en visioconférence sont accessibles gratuitement et de façon illimitée, de jour comme de nuit, tous les jours de l'année, sur simple appel auprès du service d'assistance.

LES GARANTIES D'ASSISTANCE ASSOCIÉES AUX OFFRES SANTÉ

DESCRIPTIF DES GARANTIES D'ASSISTANCE PAR ÉVÈNEMENT

ÉVÈNEMENTS	GARANTIES D'ASSISTANCE
En cas d'hospitalisation ambulatoire / immobilisation à domicile	✉ Enveloppe de services de 500 € TTC* Services supplémentaires accessibles hors enveloppe : • Recherche de personnel médical • Livraison en urgence de médicaments • Téléassistance ponctuelle à domicile • Aide pédagogique pour l'enfant Une assistance qui prend également soin des proches de l'assuré • L'assuré peut transférer jusqu'à 50 % de son enveloppe de services en cas d'hospitalisation d'un ascendant ou descendant non assuré au contrat.
Aide aux aidants	✉ Enveloppe de services de 300 € TTC* Services supplémentaires accessibles hors enveloppe : • Conseil social • Accompagnement psychologique
En cas de dépendance d'un assuré	✉ Enveloppe de services de 200 € TTC* Services supplémentaires accessibles hors enveloppe : • Accompagnement social • Assistance à l'aménagement du domicile
En cas de maladie redoutée	• Conseil social • Accompagnement psychologique
En cas de traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie	✉ Enveloppe de services de 200 € TTC*
En cas de maternité	• Informations relatives à la grossesse et à la petite enfance
En cas de besoin d'assistance à domicile pendant la grossesse ou à la naissance	✉ Enveloppe de services de 200 € TTC* Services supplémentaires accessibles hors enveloppe : • Accompagnement psychologique
En cas d'absence de l'assistant(e) maternel(le)	• Garde à domicile des enfants
En cas de décès	✉ Enveloppe de services de 300 € TTC* Services supplémentaires accessibles hors enveloppe : • Transport de corps • Accompagnement psychologique des proches
Informations et conseils	• Conseil santé • Informations juridiques, administratives et pratiques



CONTENU DE L'ENVELOPPE DE SERVICES

• Aide à domicile (aide-ménagère, auxiliaire de vie, auxiliaire puéricultrice, ...) • Garde des animaux de compagnie (chat et chien) • Bien-être à domicile (coiffure et esthétique) • Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extrascolaires des enfants scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat • Fermeture du domicile quitté en urgence • Garde à domicile des enfants de moins de 15 ans (qu'ils soient en bonne santé, malades ou en convalescence) • Hébergement des parents à proximité du bénéficiaire mineur pendant son hospitalisation • Livraison de courses • Portage de repas • Préparation du retour au domicile • Transfert d'un proche au domicile du bénéficiaire ou du bénéficiaire au domicile d'un proche • Transfert des enfants de moins de 15 ans et/ou des membres de la famille dépendants au domicile d'un proche • Transport • Veille ou prise en charge des membres de la famille dépendants à charge.

NB : Tous les assurés bénéficient, de manière illimitée, d'une évaluation de leurs besoins et de recommandations pour l'utilisation de leur enveloppe de services.

Zoom RÈGLEMENTATION

TABLEAU SUR LA RÉGLEMENTATION DE LA LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT - FINANCEMENT DU TERRORISME

	OFFRE ALPTIS	NIVEAU DE VIGILANCE LCB-FT (SIMPLIFIÉ / STANDARD / RENFORCÉ)	ATTENDUS
SANTÉ DES PARTICULIERS	SANTÉ PROTECT	Simplifié	En l'absence de tout soupçon de BC-FT, le Courtier Partenaire s'engage à identifier le client et, le cas échéant, les bénéficiaires effectifs, conformément à la réglementation applicable.
	SANTÉ SELECT+	Simplifié	En l'absence de tout soupçon de BC-FT, le Courtier Partenaire s'engage à identifier le client et, le cas échéant, les bénéficiaires effectifs, conformément à la réglementation applicable.
	SANTÉ PRO+	Simplifié	En l'absence de tout soupçon de BC-FT, le Courtier Partenaire s'engage à identifier le client et, le cas échéant, les bénéficiaires effectifs, conformément à la réglementation applicable.
	SANTÉ ÉQUILIBRE	Simplifié	En l'absence de tout soupçon de BC-FT, le Courtier Partenaire s'engage à identifier le client et, le cas échéant, les bénéficiaires effectifs, conformément à la réglementation applicable.
	SANTÉ FRONTALIERS SUISSES	Simplifié	En l'absence de tout soupçon de BC-FT, le Courtier Partenaire s'engage à identifier le client et, le cas échéant, les bénéficiaires effectifs, conformément à la réglementation applicable.
PRÉVOYANCE DES PARTICULIERS	PACK HOSPI	Simplifié	En l'absence de tout soupçon de BC-FT, le Courtier Partenaire s'engage à identifier le client et, le cas échéant, les bénéficiaires effectifs, conformément à la réglementation applicable.
	GARANTIE DÉPENDANCE	Standard	Le Courtier Partenaire s'engage à : - Identifier le client et, le cas échéant, les bénéficiaires effectifs, conformément à la réglementation applicable; - Vérifier l'identité des personnes mentionnées ci-avant à l'aide d'un moyen d'identification électronique conforme aux attendus réglementaires, ou, à défaut, par la copie d'une pièce d'identité originale avec photographie et en cours de validité; - Recueillir des éléments de connaissance de la relation d'affaires et leur mise à jour.
	DÉCÈS PLUS	Standard si prime annuelle > 1 000 € Sinon Simplifié	En l'absence de tout soupçon de BC-FT, le Courtier Partenaire s'engage à identifier le client et, le cas échéant, les bénéficiaires effectifs, conformément à la réglementation applicable. En complément, si la prime annuelle est supérieure à 1 000€ TTC, le Courtier Partenaire s'engage à : - Vérifier l'identité des personnes mentionnées ci-avant à l'aide d'un moyen d'identification électronique conforme aux attendus réglementaires, ou, à défaut, par la copie d'une pièce d'identité originale avec photographie et en cours de validité; - Recueillir des éléments de connaissance de la relation d'affaires et leur mise à jour.
	PRÉVOYANCE DES FRONTALIERS	Standard si prime annuelle > 1 000 € Sinon Simplifié	En l'absence de tout soupçon de BC-FT, le Courtier Partenaire s'engage à identifier le client et, le cas échéant, les bénéficiaires effectifs, conformément à la réglementation applicable. En complément, si la prime annuelle est supérieure à 1 000€ TTC, le Courtier Partenaire s'engage à : - Vérifier l'identité des personnes mentionnées ci-avant à l'aide d'un moyen d'identification électronique conforme aux attendus réglementaires, ou, à défaut, par la copie d'une pièce d'identité originale avec photographie et en cours de validité; - Recueillir des éléments de connaissance de la relation d'affaires et leur mise à jour.
EMPRUNTEUR	DYNAMIQUE EMPRUNTEUR	Simplifié	En l'absence de tout soupçon de BC-FT, le Courtier Partenaire s'engage à identifier le client et, le cas échéant, les bénéficiaires effectifs, conformément à la réglementation applicable.
PRÉVOYANCE DES PROFESSIONNELS	PRÉVOYANCE PRO+	Standard si prime annuelle > 1 000 € Sinon Simplifié	En l'absence de tout soupçon de BC-FT, le Courtier Partenaire s'engage à identifier le client et, le cas échéant, les bénéficiaires effectifs, conformément à la réglementation applicable. En complément, si la prime annuelle est supérieure à 1 000€ TTC, le Courtier Partenaire s'engage à : - Vérifier l'identité des personnes mentionnées ci-avant à l'aide d'un moyen d'identification électronique conforme aux attendus réglementaires, ou, à défaut, par la copie d'une pièce d'identité originale avec photographie et en cours de validité; - Recueillir des éléments de connaissance de la relation d'affaires et leur mise à jour.
	SPI (Solution Professions Indépendantes)	Standard si prime annuelle > 1 000 € Sinon Simplifié	En l'absence de tout soupçon de BC-FT, le Courtier Partenaire s'engage à identifier le client et, le cas échéant, les bénéficiaires effectifs, conformément à la réglementation applicable. En complément, si la prime annuelle est supérieure à 1 000€ TTC, le Courtier Partenaire s'engage à : - Vérifier l'identité des personnes mentionnées ci-avant à l'aide d'un moyen d'identification électronique conforme aux attendus réglementaires, ou, à défaut, par la copie d'une pièce d'identité originale avec photographie et en cours de validité; - Recueillir des éléments de connaissance de la relation d'affaires et leur mise à jour.
	FRAIS GÉNÉRAUX+	Standard si prime annuelle > 1 000 € Sinon Simplifié	En l'absence de tout soupçon de BC-FT, le Courtier Partenaire s'engage à identifier le client et, le cas échéant, les bénéficiaires effectifs, conformément à la réglementation applicable. En complément, si la prime annuelle est supérieure à 1 000€ TTC, le Courtier Partenaire s'engage à : - Vérifier l'identité des personnes mentionnées ci-avant à l'aide d'un moyen d'identification électronique conforme aux attendus réglementaires, ou, à défaut, par la copie d'une pièce d'identité originale avec photographie et en cours de validité; - Recueillir des éléments de connaissance de la relation d'affaires et leur mise à jour.
	HOMME CLÉ	Standard si prime annuelle > 1 000 € Sinon Simplifié	En l'absence de tout soupçon de BC-FT, le Courtier Partenaire s'engage à identifier le client et, le cas échéant, les bénéficiaires effectifs, conformément à la réglementation applicable. En complément, si la prime annuelle est supérieure à 1 000€ TTC, le Courtier Partenaire s'engage à : - Vérifier l'identité des personnes mentionnées ci-avant à l'aide d'un moyen d'identification électronique conforme aux attendus réglementaires, ou, à défaut, par la copie d'une pièce d'identité originale avec photographie et en cours de validité; - Recueillir des éléments de connaissance de la relation d'affaires et leur mise à jour.
COLLECTIF	SPC (Solution Prévoyance Collective)	Simplifié	En l'absence de tout soupçon de BC-FT, le Courtier Partenaire s'engage à identifier le client et, le cas échéant, les bénéficiaires effectifs, conformément à la réglementation applicable.
	SSC (Solution Santé Collective)	Simplifié	En l'absence de tout soupçon de BC-FT, le Courtier Partenaire s'engage à identifier le client et, le cas échéant, les bénéficiaires effectifs, conformément à la réglementation applicable.