

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. Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base sauf pour l'optique où les forfaits en euros intègrent l'éventuelle part du régime de base. Les garanties 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 (deux) ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, sauf dérogations prévues dans la Notice d'information (§4•3•1•1) ;
- pour les aides auditives les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive ;
- pour les cures thermales les prestations sont allouées par bénéficiaire et par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre) ;

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restants à la charge du bénéficiaire des prestations.

Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables" et ses textes réglementaires. De ce fait, le remboursement minimum ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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 euros	45 euros	60 euros	75 euros	90 euros	100 euros	110 euros
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 euros	20 euros	25 euros	30 euros	35 euros	40 euros	45 euros
Honoraires								
- Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire (§5) - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS - 100% BRSS	125% BRSS + 25% BRSS 105% BRSS	150% BRSS + 25% BRSS 130% BRSS	200% BRSS + 25% BRSS 155% BRSS	250% BRSS + 25% BRSS 200% BRSS	300% BRSS + 25% BRSS 200% BRSS	350% BRSS + 25% BRSS 200% BRSS	400% BRSS + 25% 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 euros 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 BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire (§5) - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS - 100% BRSS	125% BRSS + 25% BRSS 105% BRSS	150% BRSS + 25% BRSS 130% BRSS	200% BRSS + 25% BRSS 155% BRSS	250% BRSS + 25% BRSS 200% BRSS	300% BRSS + 25% BRSS 200% BRSS	350% BRSS + 25% BRSS 200% BRSS	400% BRSS + 25% 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

Descriptif des prestations et Dispositions spécifiques

SANTÉ SELECT R

Garanties de base	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7	Niveau 8
Autres soins courants (suite)								
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 euros (par année civile)	100% BRSS + 75 euros (par année civile)	100% BRSS + 100 euros (par année civile)	100% BRSS + 150 euros (par année civile)	100% BRSS + 200 euros (par année civile)	100% BRSS + 250 euros (par année civile)	100% BRSS + 350 euros (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)	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 euros	30 euros	35 euros	40 euros	45 euros	50 euros
COUVERTURE FRAIS DE SANTÉ								
OPTIQUE								
Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixtes (3) 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 (4) (5)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Équipements autre que 100% Santé : Verres et Montures de Classe B (6) Équipement à Verres simples (7) Équipement à Verres complexes (8) Équipement à Verres très complexes (9) Équipement à Verre simple + Verre complexe Équipement à Verre simple + Verre très complexe Équipement à Verre complexe + Verre très complexe	Frais Réels 100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS	Frais Réels 50 euros 200 euros 200 euros 125 euros 125 euros 200 euros	Frais Réels 150 euros 250 euros 275 euros 200 euros 225 euros 265 euros	Frais Réels 175 euros 275 euros 320 euros 225 euros 250 euros 300 euros	Frais Réels 200 euros 300 euros 350 euros 250 euros 275 euros 325 euros	Frais Réels 250 euros 400 euros 450 euros 325 euros 350 euros 425 euros	Frais Réels 300 euros 450 euros 500 euros 375 euros 400 euros 475 euros	Frais Réels 350 euros 550 euros 650 euros 450 euros 500 euros 600 euros
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 euros	125 euros	150 euros	175 euros	200 euros	225 euros	250 euros
Chirurgie réfractive (remboursement par œil, par année d'adhésion) (10)	-	125 euros	150 euros	175 euros	200 euros	250 euros	300 euros	350 euros
DENTAIRE								
Soins et prothèses du panier 100% Santé (11)	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 euros	150 euros	200 euros	250 euros	300 euros	350 euros	400 euros
AIDES AUDITIVES (12) (dans la limite d'un équipement tous les 4 ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive)								
Équipements 100% Santé : Aide auditive de Classe I (13)	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 euros	100% BRSS + 200 euros	100% BRSS + 300 euros	100% BRSS + 400 euros	100% BRSS + 500 euros	100% BRSS + 600 euros	100% BRSS + 700 euros
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 euros	100% BRSS + 10 euros	100% BRSS + 15 euros	100% BRSS + 20 euros	100% BRSS + 25 euros	100% BRSS + 30 euros
MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE 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 BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire (€5)	-	25 euros par séance	30 euros par séance	35 euros par séance	40 euros par séance	45 euros par séance	50 euros par séance	55 euros par séance
	-	+ 5 euros + 1 séance	+ 5 euros + 1 séance	+ 5 euros + 1 séance	+ 5 euros + 1 séance	+ 5 euros + 1 séance	+ 5 euros + 1 séance	+ 5 euros + 1 séance

Garanties de base	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7	Niveau 8
MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE ET PRÉVENTION (suite)								
Spécialité homéopathique, d'huiles essentielles, de phytothérapie, de gemmothérapie, achetés en officine (par année d'adhésion) BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire (§5)	-	-	25 euros	30 euros	35 euros	40 euros	45 euros	50 euros
	-	-	+ 5 euros	+ 5 euros	+ 5 euros	+ 5 euros	+ 5 euros	+ 5 euros
Actes de prévention (14) (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 euros	20 euros	30 euros	50 euros	60 euros
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 actions de prévention vous sont proposées grâce aux cotisations d'association. Découvrez toute l'action associative sur www.alptis.org/agir-ensemble.

- (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) Équipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).
- (4) 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.
- (5) **Prix limite de vente de la monture en classe A : 30 euros.**
- (6) **La prise en charge de la monture de classe B au sein de l'équipement sera au maximum de 100 euros.**
- (7) 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.
- (8) 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 sphérocyllindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.
- (9) 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.
- (10) **La consommation d'un équipement optique ou de lentilles dans l'année exclut tout remboursement au titre de la chirurgie réfractive.**
- (11) 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 (Prix Limite de Vente), ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162 14-2 du Code la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.
- (12) **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.**
- (13) 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.
- (14) Tels que définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

Retrouvez toutes les informations complémentaires sur votre espace adhérent.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

LES PRÉSENTES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES PRÉVALENT SUR LES CONDITIONS GÉNÉRALES.

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

Accès au contrat

L'adhésion au présent contrat est ouverte aux personnes âgées d'au moins 60 ans ou aux personnes ayant le statut de travailleur non salarié ou aux présidents de SAS/SASU.

Limites d'âge

L'adhérent et ses ayants droit doivent être âgés au jour de l'adhésion de moins de :

- 70 ans (**70 ans exclu**) pour adhérer aux niveaux 7 et 8,
- 80 ans (**80 ans exclu**) pour adhérer au niveau 6.

Alsace-Moselle

Pour les bénéficiaires affiliés au régime Alsace-Moselle, l'adhésion est possible à partir du niveau 2.

Modularité

L'écart maximal entre le poste de garantie associé au plus bas niveau choisi et le poste de garantie associé au plus haut niveau choisi est de 2 niveaux au maximum.

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.

3. DÉLAIS D'ATTENTE

Aucun délai d'attente ne s'applique.

4. GARANTIES

4-1 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE (MONTURE + VERRES)

4-1-1 Précisions sur le fonctionnement des actes remboursés

Le descriptif de prestations distingue les équipements de la classe A relevant du panier 100 % Santé et les équipements de la classe B hors panier 100 % Santé.

Conformément à la réforme dite "100 % Santé", les équipements appartenant à la classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée. En conséquence, une fois le remboursement effectué par le régime de base et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire, dans la limite des Prix Limites de Vente, aucun reste à charge ne sera supporté par l'assuré.

Les équipements de classe B bénéficient d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux "contrats responsables" et conformément au niveau de garantie souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'assuré.

Lorsque l'assuré choisit une monture de classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 (cent) euros.

Cas particulier pour les équipements mixtes

Les équipements mixtes sont composés d'une part, de verres, et d'autre part d'une monture, de classes différentes (classe A ou B).

Les montants hors panier 100 % Santé mentionnés au sein du descriptif de prestations s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture et des verres appartenant à des classes différentes. Dans ces hypothèses, l'élément de classe B sera remboursé conformément au niveau de garantie souscrit, déduction faite du remboursement de l'élément de classe A.

4-1-1-1 Conditions de renouvellement

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable et par période de 2 (deux) ans pour les assurés âgés de plus de 16 ans, que l'acte relève du panier 100 % Santé ou hors panier 100 % Santé. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).

Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique peut être pris en charge s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.

Les prestations s'appliquent par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans les autres cas, les prestations s'appliquent par période annuelle.

4-1-1-2 Conditions de renouvellement anticipé

Les prestations sont allouées par période annuelle pour les personnes d'au moins 16 ans en cas de renouvellement complet de l'équipement justifié par une évolution de la vue. L'évolution de la vue est constatée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale, qui sera comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance en application de l'article D. 4362-12-1 du Code de la Santé publique.

L'évolution de la vue est caractérisée par l'une des situations suivantes :

- Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

Cas particulier du renouvellement anticipé des verres

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable, sous réserve de la présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de la situation médicale particulière, dans les cas suivants :

- pour les personnes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;
- pour toutes personnes, quel que soit l'âge de l'assuré, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

4-2 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS LENTILLES

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion ; celle-ci correspondant à 12 (douze) mois successifs à partir de la date d'effet de la garantie. Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations incluent le cas échéant 100% du ticket modérateur. Lorsqu'au cours d'une année d'adhésion, le montant du forfait lentilles est épuisé, le remboursement a lieu à hauteur du ticket modérateur, sous réserve de l'intervention du régime de base.

4-3 DENTAIRE

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100% Santé et les actes hors panier 100% Santé.

Sont visés par les actes hors panier 100% Santé, les actes du panier à reste à charge modéré (avec des honoraires limites de facturation) et les actes du panier à prix libre (sans honoraires limites de facturation). Ceux-ci sont remboursés en fonction du niveau de garantie souscrit par l'assuré.

4-4 AIDE AUDITIVE

La prise en charge par l'organisme assureur des prestations Aides auditives est différente en fonction de la classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la classe I ou la classe II. Conformément à la réforme dite "100% Santé", les aides auditives appartenant à la classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée. A ce titre, une fois le remboursement effectué par le régime de base et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire dans la limite des Prix Limites de Vente, aucun reste à charge ne sera supporté par l'assuré. Les aides auditives de classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux "contrats responsables" et conformément au niveau de garantie souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'assuré. **La prise en charge est limitée à un équipement par oreille tous les 4 (quatre) ans à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive et dans la limite du prix limite de vente par aide auditive de classe I, ou dans la limite de 1 700 euros par aide auditive de classe II incluant la prise en charge du régime de base. Conformément à la réforme dite "100% Santé", la périodicité de renouvellement de 4 (quatre) ans à compter de la dernière prise en charge de l'aide auditive par le régime de base, s'applique au 1^{er} janvier 2021 et tient compte des 4 (quatre) années antérieures.**

4-5 CURES THERMALES

Les montants exprimés en euros pour les cures thermales sont alloués par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre).

4-6 SOINS INOPINÉS À L'ÉTRANGER

Lorsque les garanties souscrites prévoient le remboursement des soins inopinés à l'étranger, **seuls les soins imprévus lors de voyages ou de séjours dans un pays étranger de moins de 3 (trois) mois et pris en charge par le régime de base sont remboursés. Les soins sont considérés comme imprévus dès lors que le déplacement dans un pays étranger n'avait pas pour but de s'y faire soigner.**

5. BONUS FIDÉLITÉ

Après deux ans d'adhésion du bénéficiaire, les prestations sont majorées selon les modalités prévues au sein du descriptif de prestations pour les garanties expressément visées par ce dernier. Le nombre d'année d'adhésion est calculé à compter de la date d'effet de la garantie.

Toute modification de garantie (à la hausse et à la baisse) annule le nombre d'années d'adhésion écoulées avant celle-ci.

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. Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base. Les forfaits intègrent 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 ; à l'exception des cures thermales pour lesquelles les prestations sont allouées par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre). Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restants à la charge du bénéficiaire des prestations.

Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les garanties du présent contrat ne s'inscrivent pas dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurance visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables".

Garanties de base	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
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 125 % BRSS	Frais Réels 150 % BRSS	Frais Réels 200 % BRSS	Frais Réels 250 % 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	30 euros 15 euros	45 euros 20 euros	60 euros 25 euros	75 euros 30 euros
Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Séjour accompagnant (forfait par jour)	15 euros	20 euros	25 euros	30 euros
Honoraires				
- Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire (\$5) - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	125 % BRSS + 25 % BRSS 105 % BRSS	150 % BRSS + 25 % BRSS 130 % BRSS	200 % BRSS + 25 % BRSS 155 % BRSS	250 % BRSS + 25 % 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 euros 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) 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 maîtrisé BONUS FIDÉLITÉ après 2 ans d'adhésion du bénéficiaire (\$5) - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	125 % BRSS + 25 % BRSS 105 % BRSS	150 % BRSS + 25 % BRSS 130 % BRSS	200 % BRSS + 25 % BRSS 155 % BRSS	250 % BRSS + 25 % BRSS 200 % BRSS
Honoraires paramédicaux (pris en charge par le régime de base)	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
Analyses et examens de laboratoire (pris en charge par le régime de base)	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS
Soins inopinés à l'étranger (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Autres soins courants				
Cure thermale 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 + 50 euros (par année civile)	100 % BRSS + 75 euros (par année civile)	100 % BRSS + 100 euros (par année civile)	100 % BRSS + 150 euros (par année civile)
Transport (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Matériel Médical (2) (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Médicaments prescrits (pris en charge par le régime de base à 15 %, 30 % et 65 %)	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 euros	30 euros	35 euros

Garanties de base	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
SERVICES				
Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance Santé Individuelle (se reporter à la Notice ASI)	Oui	Oui	Oui	Oui
Téléconsultation (se reporter à la Notice ASI)	Oui	Oui	Oui	Oui
Protection Juridique Santé (se reporter à la Notice PJS)	Oui	Oui	Oui	Oui
Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter à la Notice ASI)	Oui	Oui	Oui	Oui
Participation aux actions de prévention santé**	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 actions de prévention vous sont proposées grâce aux cotisations d'association. Découvrez toute l'action associative sur www.alptis.org/agir-ensemble.

(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.

Retrouvez toutes les informations complémentaires sur votre espace adhérent.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

LES PRÉSENTES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES PRÉVALENT SUR LES CONDITIONS GÉNÉRALES.

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

Accès au contrat

L'adhésion au présent contrat est ouverte aux personnes âgées d'au moins 60 ans ou aux personnes ayant le statut de travailleur non salarié ou aux présidents de SAS/SASU.

Alsace-Moselle

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

Modularité

Il est possible d'adhérer à la garantie en souscrivant le module Hospitalisation seul ou le module Hospitalisation et Soins courants en choisissant le même niveau pour l'ensemble des postes.

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 1er 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.

3. DÉLAIS D'ATTENTE

Aucun délai d'attente ne s'applique pour la couverture "SOINS COURANTS".

Pour la couverture "HOSPITALISATION", le droit aux prestations est acquis à l'issu d'un délai d'attente de trois (3) mois à compter de la date d'effet des garanties. En revanche, les soins consécutifs à un accident survenu après la prise d'effet des garanties sont pris en charge sur présentation de justificatifs. L'accident s'entend comme toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, dont l'adhérent est victime à compter de la prise d'effet des garanties.

4. GARANTIES

4.1 CURES THERMALES

Les montants exprimés en euros pour les cures thermales sont alloués par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre).

4.2 SOINS INOPINÉS À L'ÉTRANGER

Lorsque les garanties souscrites prévoient le remboursement des soins inopinés à l'étranger, **seuls les soins imprévus lors de voyages ou de séjours dans un pays étranger de moins de 3 (trois) mois et pris en charge par le régime de base sont remboursés. Les soins sont considérés comme imprévus dès lors que le déplacement dans un pays étranger n'avait pas pour but de s'y faire soigner.**

5. BONUS FIDÉLITÉ

Après deux ans d'adhésion du bénéficiaire, les prestations sont majorées selon les modalités prévues au sein du descriptif de prestations pour les garanties expressément visées par ce dernier. Le nombre d'année d'adhésion est calculé à compter de la date d'effet de la garantie.

Toute modification de garantie (à la hausse ou à la baisse) annule le nombre d'années d'adhésion écoulées avant celle-ci.

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS*) interviennent sous déduction :
 • des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime d'assurance obligatoire français auquel vous êtes affiliés,
 • ainsi que des prestations de votre contrat Complémentaire SANTE SELECT R ou SANTE SELECT NR souscrit.
 Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restants à la charge du bénéficiaire des prestations.

Les garanties du présent contrat ne s'inscrivent pas dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurance visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables".

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% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	250% BRSS	300% BRSS	350% BRSS	400% BRSS
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% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	250% BRSS	300% BRSS	350% BRSS	400% BRSS

*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.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

LES PRÉSENTES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES PRÉVALENT SUR LES CONDITIONS GÉNÉRALES.

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

Accès au contrat

L'adhésion au présent contrat est ouverte aux personnes âgées d'au moins 60 ans ou aux personnes ayant le statut de travailleur non salarié ou aux présidents de SAS/SASU.

Limites d'âge

L'adhérent et ses ayants droit doivent être âgés au jour de l'adhésion de moins de :

- 70 ans (**70 ans exclu**) pour adhérer aux niveaux 7 et 8,
- 80 ans (**80 ans exclu**) pour adhérer au niveau 6.

Alsace-Moselle

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

Modularité

Le choix des garanties (Hospitalisation ou Hospitalisation et Soins Courants) et des niveaux de remboursement de votre Surcomplémentaire correspondent à ceux souscrits sur votre garantie complémentaire Santé Select R ou Santé Select NR.

Cette garantie peut être souscrite uniquement en tant que surcomplémentaire aux contrats de base SANTÉ SELECT R ou SANTÉ SELECT NR.

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.

3. DÉLAIS D'ATTENTE

Les garanties prennent effet à l'issu d'un délai d'attente de trois (3) mois à compter de la date d'effet des garanties.