UNE OFFRE PACKAGÉE ET SIMPLE À VENDRE QUI S'ADAPTE AUX BESOINS DU CLIENT AVEC 3 RENFORTS THÉMATIQUES

Seniors, travailleurs indépendants et familles

→ Produit simple avec **6 niveaux** dont un non responsable pour être couvert à hauteur du ticket modérateur
→ **3 renforts** pour s'adapter aux besoins du client : Bien-être, Hospitalisation et DOA
→ Contrat **adapté à tous les profils** et à toutes les situations de vie
→ **Couplage possible** avec le Pack Hospi pour bénéficier d'IJ en cas d'hospitalisation

Caractéristiques techniques	**Structure**	• Socle de garantie : **6 niveaux de prestations** : - Niveau Eco (non responsable) : remboursement à hauteur du ticket modérateur - Niveaux 1 à 5 (responsable) : remboursement jusqu'à 300 % BRSS • Options : - Renfort Bien-être (médecines complémentaires, médicaments et cures thermales) - Renfort Hospitalisation - Renfort Dentaire / Optique / Audioprothèse (DOA)
	Prestations	• Base : - Prise en charge des dépassements d'honoraires dès le niveau 2 - Prise en charge de tous les actes de prévention remboursés par le régime de base • Renfort : - 17 spécialités de médecines complémentaires - Remboursement de l'automédication : médicaments disponibles sans ordonnance dont homéopathie, spécialités d'huiles essentielles, phytothérapie, gemmothérapie achetés en officine - Report de prestations non consommées sur le Dentaire et les Aides auditives
	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 page 6)* • Téléconsultation illimitée accessible 24h/24 et 7j/7 • Protection juridique santé • Tiers-payant et remboursement 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 tarif détaillé sur le tarificateur • Signature électronique
Conditions	**Âge limite d'adhésion**	• **Niveaux Eco, 1 et 2** : sans limite d'âge | **N3** : veille du 85ème anniversaire | **N4 et N5** : veille du 80ème anniversaire • **Renfort** : veille du 80ème anniversaire • Les limites d'âge s'appliquent à l'adhérent et à son conjoint. Pour le régime Alsace-Moselle : souscription à partir du niveau 2
	Âge limite de prestation	• Aucun
	Délais d'attente	• Socle : aucun • Renfort Hospitalisation : 3 mois à l'adhésion et 6 mois en cours de contrat • Renfort DOA : aucun à l'adhésion et 6 mois en cours de contrat • Renfort Bien-être : aucun à l'adhésion et 3 mois en cours de contrat
	Territorialité	• France métropolitaine (Corse inclus), les DROM (hors Mayotte), Saint-Barthélémy et Saint-Martin.
Structure tarifs	**Critères tarifants**	• Cotisation en fonction de l'âge à l'adhésion avec augmentation annuelle contractuelle (hors indexation technique) • 4 zones de tarif • Option : Tarif par tranche d'âge
	Avantages	• Couple : -10 % • Famille : -50 % à partir du 3e enfant de moins de 20 ans • Alsace-Moselle : -50 % (niveau 2), -40 % (niveau 3), -35 % (niveaux 4 et 5) • **Réductions renforts** : - 2 renforts souscrits simultanément : -10 % - 3 renforts souscrits simultanément : -20 %
	Fiscalité	Offre responsable éligible à la fiscalité Madelin (hors niveau Eco)
	Association	• Cotisation d'association : - Pour les personnes âgées de moins de 65 ans : 2 €/mois - Pour les personnes âgées de 65 ans et plus : 2,30 €/mois • Droit d'entrée : 11 € à payer une seule fois à la souscription

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

- Garantie Dépendance
- Pack Hospi : 3 mois offerts en cas de souscription simultanée avec le contrat Santé Plurielle

SERVICES ASSOCIATIFS

→ Accès gratuit à des **ateliers de prévention santé** en visioconférence depuis une plateforme dédiée
→ **25 % de réduction** sur les formations aux médecines naturelles (conditions sur www.nature-en-tete.fr)
→ Accès aux **tutoriels vidéos** Santé Durable sur la chaîne YouTube Alptis

CONFORME 100% SANTÉ

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Garanties de base	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale, à domicile, maternité, établissements et unités spécialisés					
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 300 % BRSS
Honoraires - Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS 100 % BRSS	125 % BRSS 105 % BRSS	150 % BRSS 130 % BRSS	200 % BRSS 180 % BRSS	300 % BRSS 200 % BRSS
Chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné (forfait par jour). Exclue en établissements et unités spécialisés (1)	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €
Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
SOINS COURANTS					
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 maîtrisée - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BRSS 100 % BRSS	125 % BRSS 105 % BRSS	150 % BRSS 130 % BRSS	200 % BRSS 180 % BRSS	300 % BRSS 200 % BRSS
Consultations et visites psychiatres, neuropsychiatres et neurologues (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Honoraires paramédicaux (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Analyses et examens de laboratoire (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Transport (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Médicaments (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Actes de Prévention (2) (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Matériel Médical (3) (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Soins inopinés à l'étranger (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
AIDES AUDITIVES (dans la limite d'un équipement par oreille tous les 4 ans) (4)					
100% SANTÉ **Équipement du panier 100 % Santé** (5) **Prothèses auditives : Aide auditive de Classe I**	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Prestations hors équipement du panier 100 % Santé - Prothèses auditives : Aide auditive de Classe II - Autres prestations liées aux aides auditives (piles...)	100 % BRSS 100 % BRSS	125 % BRSS 125 % BRSS	150 % BRSS 150 % BRSS	200 % BRSS 200 % BRSS	300 % BRSS 300 % BRSS
DENTAIRE					
100% SANTÉ **Soins et prothèses du panier 100 % Santé** (6)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Prestations hors soins et prothèses du panier 100 % Santé					
Soins (dont inlays, onlays, scellement des sillons) (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Inlay-core (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Prothèses et orthodontie (prises en charge par le régime de base)	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 **(par année d'adhésion)**	–	125 €	150 €	200 €	300 €
Plafond de remboursement par année d'adhésion (hors soins) : 1ère année	–	–	–	–	600 €
Plafond de remboursement par année d'adhésion (hors soins) : 2e année et suivantes	–	–	–	–	1 200 €
OPTIQUE					
Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixtes (7) dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (tous les ans)					
100% SANTÉ Équipement du panier 100 % Santé Verres et Montures de Classe A (8) (9) Suppléments et prestations	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Prestations hors équipement du panier 100 % Santé : Verres et montures de Classe B (10)					
Équipement à Verres simples (11)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement à Verres complexes (12)	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
Équipement à Verres très complexes (13)	200 €	325 €	450 €	575 €	700 €
Équipement à Verre simple + Verre complexe	150 €	225 €	300 €	375 €	450 €
Équipement à Verre simple + Verre très complexe	150 €	238 €	325 €	413 €	500 €
Équipement à Verre complexe + Verre très complexe	200 €	313 €	425 €	538 €	650 €
Suppléments et prestations	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS

Garanties de base	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
OPTIQUE (suite)					
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le régime de base, y compris lentilles jetables **(par année d'adhésion)**	100 €	125 €	150 €	175 €	200 €
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie) **(remboursement par œil)** (14)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
SERVICES					
Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance Santé Individuelle (se reporter à la Notice ASI)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Protection Juridique Santé (se reporter à la Notice PJS)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter à la notice ASI)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Participation aux actions de prévention santé*	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

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

RENFORTS OPTIONNELS

RENFORT BIEN ÊTRE	
MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE • Shiatsu, acupuncteur • Ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, réflexologue • Naturopathe, phytothérapeute, ergothérapeute • Psychologue, sexologue, psychomotricien, sophrologue, hypnothérapeute • Pédicure-podologue, diététicien	25 € par séance **(dans la limite de 5 séances par année d'adhésion et par bénéficiaire)**
MÉDICAMENTS ET VACCINS prescrits non pris en charge par le régime de base et automédication (médicaments disponibles sans ordonnance dont homéopathie, et spécialités d'huiles essentielles, de phytothérapie, de gemmothérapie, achetés en officine)	50 % des Frais réels **(dans la limite de 50 € par année d'adhésion et par bénéficiaire)**
CURE THERMALE Honoraires - Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Frais d'établissement Frais de transport et d'hébergement	 220 % BRSS 200 % BRSS 200 % BRSS 200 € **par année d'adhésion et par bénéficiaire**

RENFORT DOA (DENTAIRE / OPTIQUE / AUDIOPROTHÈSE) (15)	
DENTAIRE Prothèses dentaires et orthodontie, inlay core, parodontie, implantologie, prises ou non prises en charge par le régime de base - Montant de base - Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente - Si aucun remboursement n'est intervenu les deux années précédentes	 100 € **par année d'adhésion** 150 € **par année d'adhésion** 200 € **par année d'adhésion**
OPTIQUE Monture (10) 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 € par équipement 50 € **par année d'adhésion**
AIDES AUDITIVES dans la limite d'un équipement par oreille tous les 4 ans - Montant de base - Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente - Si aucun remboursement n'est intervenu les deux années précédentes	 100 € **par année d'adhésion** 150 € **par année d'adhésion** 200 € **par année d'adhésion**

RENFORT HOSPITALISATION (délais d'attente : 3 mois)	
DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES (Hospitalisation uniquement) - Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	+ 50 % BRSS + 20 % BRSS (16)
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 - Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente	30 € par jour **(prise en charge maxi 20 jours par an)** 30 € par jour **(prise en charge maxi 30 jours par an)**
SÉJOUR ACCOMPAGNANT	25 € par jour

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.

(1) Durée illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale. **Exclue en établissements et unités spécialisés.**
(2) Tels que définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.
(3) Dispositifs médicaux au sens de l'article L. 5211-12 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.
(4) **La prise en charge de l'aide auditive est limitée au prix limite de vente pour une aide auditive de classe I, ou à 1700 € pour une aide auditive de classe II.**
(5) Tels que définis règlementairement. 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.
(6) Tels que définis règlementairement. 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 tels 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 régime du régime de base.
(7) Equipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).
(8) Tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des équipements de classe A à prise en charge renforcée telle que définie 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.
(9) **Prix limite de vente de la monture en classe A : 30 €.**
(10) **La prise en charge de la monture de classe B au sein de l'équipement sera au maximum de 100 € (y compris renfort Dentaire / Optique / Audioprothèse).**
(11) 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.
(12) 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.
(13) 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.
(14) **La consommation d'un équipement optique ou de lentilles dans l'année exclut tout remboursement au titre de la chirurgie réfractive.**
(15) **Les prestations du renfort Dentaire / Optique / Audioprothèse interviennent uniquement en complément des actes hors panier de soins 100 % Santé.**
(16) **Pour les niveaux 4 et 5, le remboursement des dépassements d'honoraires pour les praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maitrisée est limité à 200 % BRSS.**

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS (NIVEAUX ÉCO - non responsable)

Garanties de base	Plurielle Eco
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale, à domicile, maternité, établissements et unités spécialisés	
Frais de séjour - en secteur conventionné - en secteur non conventionné	 Frais Réels 100 % BRSS
Honoraires	100 % BRSS
Forfait journalier hospitalier	Frais Réels
SOINS COURANTS	
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	100 % BRSS
Consultations et visites psychiatres, neuropsychiatres et neurologues (prises en charge par le régime de base)	100 % BRSS
Honoraires paramédicaux (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS
Analyses et examens de laboratoire (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS
Transport (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS
Médicaments (pris en charge par le régime de base à 65 % et 30 %)	100 % BRSS
Acte de prévention (1) (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS
Matériel Médical (2) (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS
Soins inopinés à l'étranger (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS
AIDES AUDITIVES	
Prothèses auditives	100 % BRSS
DENTAIRE	
Soins (dont inlays, onlays, scellement des sillons)	100 % BRSS
Inlay-core (pris en charge par le régime de base)	100 % BRSS
Prothèses et orthodontie (prises en charge par le régime de base)	100 % BRSS
OPTIQUE	
Équipement (1 monture + 2 verres)	100 % BRSS
Lentilles prescrites prises en charge par le régime de base, y compris lentilles jetables **(par an et par bénéficiaire)**	100 % BRSS

SERVICES	
Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission	Oui
Assistance Santé Individuelle (se reporter à la notice ASI)	Oui
Protection Juridique Santé (se reporter à la Notice PJS)	Oui
Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter à la notice ASI)	Oui
Participation aux actions de prévention santé*	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.

(1) Tels que définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.
(2) Dispositifs médicaux au sens de l'article L.5211-12 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.

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

Pour les produits :

SANTÉ SELECT	SANTÉ PLURIELLE	SPI SANTÉ	SANTÉ PROTECT	SANTÉ FRONTALIERS

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**

CATHERINE

Retraitée

500 € = TRANSPORT À L'HÔPITAL + LIVRAISON DE COURSES + 8 H DE SERVICE À LA PERSONNE + 2 H D'AUXILIAIRE DE VIE

JULIEN

Travailleur non salarié

500 € = 1 TRAJET A/R D'UN PROCHE AU DOMICILE + 10 H D'AIDE MÉNAGÈRE + 5 H DE GARDE D'ENFANTS

**Exemples à titre indicatif sans engagement contractuel.

DESCRIPTIF DES GARANTIES D'ASSISTANCE PAR ÉVÈNEMENT

ÉVÉNEMENTS	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
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.

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.

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.
- Nos garanties d'assistance interviennent également si l'assuré, ou l'un de ses proches, est confronté à la dépendance et à la perte d'autonomie grâce à des services adaptés aux aidants.

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.

Comment ça fonctionne ?

L'assuré appelle le numéro dédié ou se connecte sur son espace digital pour accéder à la visio.

Il échange avec un(e) infirmier(ère) qui le conseille et prépare sa consultation ou il prend RDV avec un médecin spécialiste.

L'assuré réalise sa consultation avec un médecin qui peut délivrer si besoin une ordonnance et l'orienter.

L'ordonnance est envoyée directement à la pharmacie choisie par l'assuré ou ce dernier accède à son ordonnance et son compte-rendu sur son compte.

Si l'assuré le souhaite, le compte-rendu est adressé à son médecin traitant.