



Document d'information sur le produit d'assurance

Co-concepteur :

Alptis Assurances - Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS sous le n° 07 005 850 et régi par le Code des assurances

Compagnie et Co-concepteur :

ACM IARD SA dont le siège social est situé 4 rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen - Strasbourg - SIREN 352 406 748

Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des Assurances

Produit : Santé Pro+

Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré-contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le descriptif des prestations.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit **Santé Pro+** est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations ne peuvent être plus élevés que les dépenses réelles engagées. Ils varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de prestations. Ainsi, suivant les cas, ils peuvent couvrir totalement ou partiellement le reste à charge pour l'assuré.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour en secteur conventionné et non conventionné, forfait journalier hospitalier, honoraires, frais accompagnant, chambre particulière, forfait patient urgences.
- ✓ **Soins courants (pris en charge par le régime de base)** : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, dispositif MonPsy, matériel médical, médicaments et vaccins prescrits, transport, soins inopinés à l'étranger, cures thermales.
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture + verres), supplément et prestations, lentilles de contact prescrites y compris lentilles jetables, chirurgie réfractive. Panier de soins 100 % Santé.
- ✓ **Frais dentaires** : soins, prothèses, inlay core, orthodontie pris ou non en charge par le régime de base. Panier de soins 100 % Santé. Implantologie et parodontologie prises ou non prises en charge par le régime de base.
- ✓ **Aides Auditives** : prothèses auditives et autres prestations liées aux aides auditives. Panier de soins 100 % Santé.
- ✓ **Médecine complémentaire et prévention** : acte de prévention pris en charge par le régime de base, consultation en médecine complémentaire, médicaments prescrits non pris en charge, automédication, sevrage tabagique et contraception, sport sur prescription médicale pour les bénéficiaires atteints d'une affection de longue durée, forfait d'ostéodensitométrie non pris en charge par le régime de base, forfait naissance ou adoption.

LES GARANTIES PRÉVUES SELON LE NIVEAU SOUSCRIT :

Frais dentaires : report des montants exprimés en euros pour le plafond dentaire (niveaux 3 à 6) : si aucun remboursement n'est intervenu l'année d'adhésion précédente, 10% du montant de base s'ajoutent au montant de base du plafond dentaire, dans la limite de deux années consécutives conformément au tableau de prestations.

Le montant de base du plafond dentaire s'appliquera pour l'année d'adhésion suivant tout remboursement au titre des prestations dentaires (hors soins).

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS SONT LES SUIVANTS :

- ✓ Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission.
- ✓ Assistance santé dont un service de téléconsultation.
- ✓ Exonération des cotisations en cas de décès accidentel.
- ✓ Protection Juridique Santé.
- ✓ Ateliers de prévention Santé Durable.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les :
 - établissements et services sociaux,
 - établissements médico-sociaux et médico-pédagogiques,
 - établissements ou unités de longs séjours,
 - établissements ou unités pour personnes âgées.
- ✗ La chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base.
- ✗ Les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE :

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires relatifs aux actes réalisés en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT RESPONSABLE :

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans. Cette période est réduite à un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Elle est réduite à 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage. Remboursement de la monture limité à 100 € pour un équipement de classe B.
- ! **Honoraires médicaux** : plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

LES AUTRES RESTRICTIONS PRÉVUES AU CONTRAT :

- ! L'adhérent et ses ayants droit doivent être âgés de :
 - moins de **68 ans (68 ans exclu)**
 - plus de **17 ans (17 ans exclu)**
- ! L'adhésion au présent contrat est ouverte aux personnes ayant le statut de travailleur non salarié, aux micro-entrepreneurs ou aux présidents de SAS/SASU, à condition de respecter la limite d'âge maximale (cf. ci-dessus).
- ! Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie.
- ! Optique : la consommation d'un équipement optique (monture + verres) ou de lentilles dans l'année d'adhésion exclut tout remboursement au titre de la chirurgie réfractive.
- ! Dentaire : Plafond dentaire par année d'adhésion et par bénéficiaire (hors soins) (niveaux 3 à 6)
- ! **Chambre particulière** en établissement et unités spécialisés :
 - Exclue en psychiatrie ;
 - Prise en charge **dans la limite de 90 jours** en cas de soins de suite et de réadaptation.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France.
- ✓ Dans le monde entier, pour des soins inopinés, lors de séjours n'excédant pas une durée totale de trois mois par an. Les soins effectués à l'étranger ne seront remboursés qu'à condition d'être pris en charge par le régime de base.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie, l'assuré doit :

- À la souscription du contrat

Compléter, dater et signer une demande d'adhésion indiquant le niveau de garantie choisi et les éventuels ayants droit à garantir.
Être affilié à l'un des régimes de base de la protection sociale française.
Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

- En cours de contrat

Signaler tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations, par écrit, dans le mois qui suit la connaissance que l'assuré a de l'un des événements suivants : changement d'adresse, changement du département de résidence, changement du régime de base, changement de profession.
Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

- Pour le remboursement des frais de santé

Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date prévue par le contrat.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix de l'assuré (semestriel, trimestriel ou mensuel).
Le paiement peut être effectué par prélèvement bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à la date fixée d'un commun accord et indiquée dans le certificat d'adhésion, et au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion au siège d'Alptis Assurances.
L'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours pour renoncer à son adhésion suivant les modalités propres à la vente à distance ou au démarchage à domicile.
Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Il est possible de résilier le contrat en utilisant tout support énuméré à l'article L. 113-14 du Code des assurances :

- au moins deux mois avant la date d'échéance principale du contrat, fixée au 31 décembre de chaque année ;
- à la suite d'une modification du contrat d'assurance de groupe, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré ;
- à tout moment, dès lors que l'adhérent a souscrit son contrat depuis plus d'un an, en respectant un préavis d'un mois.

Réf : **SANTÉ PRO+** - 01/2024 - page 2/2

Alptis Assurances

Intermédiaire en assurance

Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - 25 cours Albert Thomas 69003 Lyon - RCS de LYON n° 335 244 489 - N° TVA intracommunautaire : FR37335244489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - IDU REP Papiers : FR341758_03BAJO - Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au Code des Assurances - Tél : 04 72 36 16 16

ACM IARD SA

Société anonyme au capital de 201 596 720 € - 352 406 748 RCS STRASBOURG - N° TVA FR87352406748 - Entreprise régie par le Code des Assurances
Siège social : 4 rue Frederic-Guillaume Raiffeisen - Strasbourg - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 Tassin cedex - Identifiant REP : FR232229_03XDNB

