# Assurance Complémentaire Santé

Alptis

**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 :**
**Swisslife Prévoyance et Santé - Siège social : 7 Rue Belgrand - 92300 LEVALLOIS-PERRET - soumise aux dispositions du Code des assurances - SA au capital de 150 000 000 € - 322 215 021 RCS Nanterre**

**Assureur régi par le Code des assurances**

**Produit : Santé Protect**

**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 précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.**

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

Le produit **Santé Protect** 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 figurant 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.

✔ **Soins courants (pris en charge par le régime de base) :** honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, soins inopinés à l'étranger, transport, matériel médical, médicaments, actes de prévention.

✔ **Frais optiques :** lunettes (monture + verres), supplément et autres prestations, le ticket modérateur pour les lentilles de contact prescrites y compris lentilles jetables. Panier de soins 100 % Santé.

✔ **Frais dentaires :** soins, prothèses, inlay core, orthodontie pris en charge par le régime de base. Panier de soins 100 % Santé.

✔ **Aides Auditives :** prothèses auditives et autres prestations liées aux aides auditives. Panier de soins 100 % Santé.

**LES GARANTIES PRÉVUES SELON LE NIVEAU SOUSCRIT :**

**Hospitalisation :** chambre particulière en cas d'hospitalisation et en cas de soins de suite et réadaptation, séjour accompagnant (niveaux 2 à 4).

**Dentaire :** prothèses, parodontologie, implantologie, orthodonties non prises en charge par le régime de base (niveaux 2 à 4).

**LES GARANTIES OPTIONNELLES :**

**Renfort Bien Être :** prise en charge de la médecine complémentaire, cure thermale, automédication, médicaments et vaccins non pris en charge par le régime de base

**Renfort Optique/Dentaire/Audioprothèse :** remboursements supplémentaires de l'optique, des prothèses dentaires et des aides auditives.

**Renfort Hospitalisation :** remboursement des dépassements d'honoraires, chambre particulière et séjour accompagnant.

**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.

*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 :
85 ans (85 ans exclu) pour adhérer au niveau 3,
80 ans (80 ans exclu) pour adhérer au niveau 4.

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

! Le renfort Optique/Dentaire/Audioprothèse est ouvert aux niveaux 2 à 4.

! L'adhésion au présent contrat est ouverte aux personnes âgées de 55 ans et plus au jour de l'adhésion.

! **Chambre particulière (exclue en psychiatrie)** :
- Non prise en charge en cas d'hospitalisation en établissement et unités spécialisés psychiatriques ;
- Prise en charge dans la limite de 30 jours en cas de soins de suite et de réadaptation.

! Les frais de santé qui interviennent dans le délai de :
- 3 mois suivant la prise d'effet de l'adhésion pour le renfort hospitalisation lorsqu'il est souscrit simultanément avec la garantie de base ;
- 3 mois suivant la prise d'effet de l'adhésion pour le renfort Bien-Être, lorsqu'il est souscrit ultérieurement à la garantie de base ;
- 6 mois suivant la prise d'effet de l'adhésion pour les renforts Optique/Dentaire/Audioprothèse et Hospitalisation, lorsqu'ils sont souscrits ultérieurement à la garantie de base.

## 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 (en un ou plusieurs séjours). 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 évènements 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 ;
- en cas de révision des cotisations, 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.



**Alptis Assurances**
Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS sous le n° 07 005 850 - www.orias.fr
RCS Lyon 335 244 489 - N° TVA : FR373352444895 - Siège social : 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03

**Swisslife Prévoyance et Santé**
Siège social : 7 Rue Belgrand - 92300 LEVALLOIS-PERRET - soumise aux dispositions du Code des assurances - SA au capital de 150 000 000 € - 322 215 021 RCS Nanterre