

TABEAU DES GARANTIES AVANTAGE

TABGAR-AVANTAGE-0415

Les formules de garantie complémentaire santé AVANTAGE décrites ci-après s'inscrivent dans le cadre des contrats responsables, tels que prévus aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. En conséquence, les pénalités financières appliquées par le Régime Obligatoire sur les remboursements des consultations et actes médicaux réalisés en dehors du parcours de soins ainsi que les contributions et franchises médicales restent à la charge de l'assuré.

Lorsque dans le tableau ci-dessous il est prévu pour certaines garanties un plafond annuel de remboursement, la prestation interviendra, en cas de dépassement de ce plafond, à hauteur des participations minimales précisées à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties des contrats interviennent dès lors que les frais ont fait l'objet d'un remboursement par le régime obligatoire de l'assuré. Les prestations sont exprimées soit sous forme de forfait en euros, soit en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire. L'ensemble des prestations s'entend dans la limite des frais réellement engagés. Sauf mention contraire dans le tableau ci-dessous, les actes non pris en charge par la Sécurité sociale, qu'ils soient référencés ou non par cet organisme ne sont pas remboursés. Si leur prise en charge est expressément prévue, les actes et produits doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité.

	AvantAge 150	AvantAge 200	AvantAge 250	AvantAge 300
HONORAIRES ET SOINS MEDICAUX COURANTS (y compris maternité)				
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes (hors CNPSY et VNPSY)	CAS * 100 % Hors CAS 100 %	125 % 105 %	150 % 130 %	200 % 180 %
Actes techniques médicaux (ATM)	CAS * 100 %	125 %	150 %	200 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie)	Hors CAS 100 %	105 %	130 %	180 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale	CAS * 100 % Hors CAS 100 %	125 % 105 %	150 % 130 %	200 % 180 %
Auxiliaires médicaux	100 %	125 %	150 %	200 %
Analyses médicales	100 %	125 %	150 %	200 %
Transport du malade accepté par le Régime Obligatoire	100 %	125 %	150 %	200 %
MEDECINE COMPLEMENTAIRE				
Ostéopathes, Acupuncteurs, Diététiciens, Chiropracteurs non remboursés par le Régime Obligatoire	-	30 € / séance	30 € / séance	30 € / séance
Pédicures, Podologues, Homéopathes non remboursés par le Régime Obligatoire	-	max 60 € / an	max 90 € / an	max 120 € / an
PHARMACIE				
Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments non remboursés par le Régime Obligatoire	-	25 € / an	50 € / an	75 € / an
ACTES DE PREVENTION				
Actes de prévention remboursés par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes de prévention non remboursés par le Régime Obligatoire	25 € / an	45 € / an	60 € / an	75 € / an
Automédication courante	-	-	-	-
APPAREILLAGE ETPROTHESES NON DENTAIRE				
Bilan auditif	100 %	125 %	150 %	200 %
Prothèses orthopédiques et auditives (petits et gros appareillages)	100 % + 50 € / an	125 % + 75 € / an	150 % + 100 € / an	200 % + 150 € / an
Bonus forfait prothèses auditives (si pas de remboursement l'année précédente)	25 % / an limité à 100 € / contrat	25 % / an limité à 100 € / contrat	25 % / an limité à 100 € / contrat	25 % / an limité à 100 € / contrat
Forfait entretien annuel pour appareil auditif (non cumulable avec la prestation prothèses auditives)	-	30 € / an	60 € / an	100 € / an
Petit appareillage, accessoires, pansements	100 %	125 %	150 %	200 %
Gros appareillage	100 %	125 %	150 %	200 %
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	125 %	150 %	200 %
OPTIQUE (1)				
Frais d'optique remboursés par le Régime Obligatoire (verres, monture, lentilles)	100 %	125 %	150 %	200 %
Forfait optique (2)	2 verres simples	100 €	125 €	150 €
	avec 2 verres complexes ou hypercomplexes	200 €	200 €	200 €
	avec au moins 1 verre complexe ou hypercomplexe	125 €	135 €	170 €
Forfait lentilles remboursées par le Régime Obligatoire	100 €	125 €	150 €	250 €
Forfait lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire	-	-	-	-
Chirurgie optique réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire : forfait / œil et / an	100 €	125 €	150 €	250 €
Bonus dès la 3ème année (si pas de remboursement l'année précédente)	ajout de 25 € / an limité à 100 €	ajout de 25 € / an limité à 100 €	ajout de 30 € / an limité à 120 €	ajout de 50 € / an limité à 150 €
DENTAIRE				
Soins remboursés par le Régime Obligatoire	100 %	125 %	150 %	200 %
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire	150 %	175 %	200 %	250 %
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses non remboursées par le Régime Obligatoire	-	-	-	-
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire	-	-	-	-
Détartrage annuel non remboursé par le Régime Obligatoire	-	-	-	-
Implantologie (délai d'attente : 9 mois)	-	-	500 €	800 €
Parodontologie (délai d'attente : 9 mois)	-	-	150 €	300 €
Plafond annuel de remboursement	-	-	800 € année 1	1 200 € année 1
HOSPITALISATION (3)				
Frais de séjour secteur conventionné	150 %	200 %	250 %	300 %
Frais de séjour secteur non conventionné	-	-	100 %	150 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes)	CAS * 150 %	200 %	250 %	300 %
	Hors CAS 130 %	180 %	200 %	200 %
Chambre particulière (à l'exclusion de l'hospitalisation de jour) (4)	-	30 € / jour max 30 jours / an	40 € / jour max 60 jours / an	50 € / jour illimité
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Hospitalisation à domicile	150 %	200 %	250 %	300 %
Lit d'accompagnant : enfant de moins de 14 ans	-	-	-	-
Lit d'accompagnant : parent malade de plus de 80 ans (4)	-	15 € / jour max 10 jours / an	20 € / jour max 10 jours / an	20 € / jour max 30 jours / an
MATERNITE				
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes)	CAS * 100 %	100 %	130 %	150 %
	Hors CAS 100 %	100 %	110 %	130 %
Chambre particulière	-	-	-	-
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Forfait naissance et adoption	-	-	-	-
CURES THERMALES				
	100 %	125 %	150 %	200 %
AIDE A LA COMPLEMENTAIRE SANTE (5)				
	OUI	OUI	OUI	OUI
TELETRANSMISSION DES DECOMPTE				
	OUI	OUI	OUI	OUI
TIERS PAYANT et prise en charge hospitalière et optique				
	OUI	OUI	OUI	OUI
ASSISTANCE				
	OUI	OUI	OUI	OUI
Formule de garantie sélectionnée				
	■	■	■	■

BASE DE REMBOURSEMENT (BR) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

REGIME OBLIGATOIRE (RO) : Régime obligatoire d'assurance maladie dont relève l'assuré

*CAS : Contrat d'Accès aux Soins

(1) Dans la limite d'un équipement complet (monture + 2 verres ou lentilles) par période de 2 ans et par bénéficiaire. Pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution du défaut visuel, un équipement par an et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 Euros. Le forfait optique versé inclut le ticket modérateur restant à charge de l'assuré.

(2) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verre multifocal ou progressif ou Verre ultra complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

(3) Sur les formules AvantAge, le poste hospitalisation est limité à la formule AvantAge 150 les 6 premiers mois du contrat.

(4) Hospitalisation en secteur spécifique : Hospitalisation ou séjours en secteur de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, maison de repos, de diététique, de sevrage thérapeutique, soins de suite ou en secteur de psychiatrie ou neuropsychiatrie - la prise en charge s'effectue :
- dans la limite de 30 jours par an et par assuré pour la chambre particulière

- dans la limite de 100 % du BR au-delà de 30 jours par an et par assuré pour les frais de séjours et honoraires médicaux

(5) L'aide pour une complémentaire santé est une réduction de votre cotisation de complémentaire santé. Elle est accordée si vos ressources dépassent de moins de 20% (au 1er janvier 2011) le plafond d'attribution de la C.M.U complémentaire.

SIGNATURE CLIENT