

# TABLEAU DES GARANTIES OPTIONS BUDGET

Les prestations sont exprimées en pourcentage des tarifs de convention y compris des remboursements du Régime Obligatoire dans la limite des dépenses réellement engagées.

	100B	150B	175B	250B	300B
<b>SOINS COURANTS</b>	100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
Généralistes, Spécialistes, Honoraires, Auxiliaires médicaux, Actes Techniques Médicaux, Examens, Analyses, Prélèvements, Radiologie, Imagerie	100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
<b>MEDECINE DOUCE</b>					
Ostéopathes, Acupuncteurs, Diététiciens	-	-	-	-	-
Chiropracteurs, Pédicures, Podologues, Homéopathes	-	-	-	-	-
<b>PHARMACIE</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait médicaments prescrits et non remboursés	-	-	-	-	-
<b>OPTIQUE</b>					
Verres + montures ou lentilles remboursés par le Régime Obligatoire	75 €	100 €	125 €	150 €	200 €
Lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire	-	-	-	-	-
Opérations : forfait / œil (kératotomie, chirurgie réfractive, glaucome, cataracte)	-	-	-	-	-
Bonus (si pas de remboursement l'année précédente)	ajout de 150 € / an	ajout de 200 € / an	ajout de 250 € / an	ajout de 300 € / an	ajout de 400 € / an
<b>DENTAIRE</b>					
Soins remboursés par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	150 %	175 %	250 %	300 %
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	100 %	150 %	175 %	200 %	250 %
Détartrage annuel non remboursé par le Régime Obligatoire	-	-	-	-	-
Implantologie	-	-	-	-	-
Parodontologie	-	-	-	-	-
Plafond	-	-	600 € année 1 1 000 € année 2 1 500 € années 3 et +	750 € année 1 1 100 € année 2 1 500 € années 3 et +	900 € année 1 1 200 € année 2 1 800 € années 3 et +
Bonus (si pas de remboursement l'année précédente)	Prothèses : 150 %	Prothèses : 200 %	Prothèses : 225 %	Prothèses : 300 %	Prothèses : 350 %
<b>HOSPITALISATION</b>					
Frais de séjour secteur conventionné	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Honoraires secteur conventionné	125 %	150 %	175 %	250 %	300 %
Secteur non conventionné	-	-	-	-	-
Chambre particulière	-	40 € / jour max 60 jours / an	55 € / jour max 60 jours / an	70 € / jour max 60 jours / an	85 € / jour max 60 jours / an
Forfait hospitalier Frais Réels	90 jours / an	90 jours / an	90 jours / an	90 jours / an	90 jours / an
Forfait hospitalier Neuropsych (limité à 90 jours / contrat)	30 jours / an	30 jours / an	30 jours / an	30 jours / an	30 jours / an
Lit d'accompagnant : parent malade de plus de 80 ans	-	-	-	-	-
Transport accepté par le Régime Obligatoire	100 %	150 %	175 %	250 %	300 %
Hospitalisation à domicile	-	-	-	-	-
<b>MATERNITE</b>					
Soins courants	100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
Frais de séjour	-	40 € / jour limité à 7 jours	55 € / jour limité à 7 jours	70 € / jour limité à 7 jours	85 € / jour limité à 7 jours
Chambre particulière	-	-	-	-	-
Forfait naissance et adoption (doublé si naissances multiples) en cas d'inscription de l'enfant en tant qu'assuré dans le cadre de l'adhésion dans les 2 mois suivant la naissance ou l'adoption	-	-	-	-	-
Délai d'attente	-	-	-	-	-
<b>APPAREILLAGE</b>					
Prothèses orthopédiques et auditives (petits et gros appareillages)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait entretien annuel pour appareil auditif (non cumulable avec la prestation des prothèses auditives)	-	-	-	-	-
Bonus forfait prothèses auditives non consommé	-	-	-	-	-
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>CURES THERMALES</b>					
<b>ACTES DE PREVENTION</b>					
Actes de prévention remboursés par le Régime Obligatoire	-	-	-	-	-
Actes de prévention non remboursés par le Régime Obligatoire	-	Vaccins 25 € / an	Vaccins 25 € / an	Vaccins 25 € / an	Vaccins 25 € / an
Automédication courante (1)	30 € / an années 2 et +	30 € / an années 2 et +	30 € / an années 2 et +	30 € / an années 2 et +	30 € / an années 2 et +
Bilan auditif	-	-	-	-	-
Scellement prophylactique, Dépistage hépatite B, Bilan du langage oral (enfants moins de 14 ans), Ostéodensitométrie (femmes 1 fois tous les 6 ans)	-	-	-	-	-
Vaccin Anti-grippe (1 par an)	-	-	-	-	-
Densitométrie osseuse (1 par an)	-	-	-	-	-
<b>FRANCHISE ANNUELLE / BENEFICIAIRES (2)</b>	B1 50 € ou B2 100 €	B1 50 € ou B2 100 €	B1 50 € ou B2 100 €	B1 50 € ou B2 100 €	B1 50 € ou B2 100 €
<b>AIDE A LA COMPLEMENTAIRE SANTE (3)</b>	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>TELETRANSMISSION DES DECOMPTE</b>	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>TIERS PAYANT et prise en charge hospitalière et optique</b>	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>Formule de garantie sélectionnée</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Patch anti tabac, sevrage tabagique, contraceptifs 3<sup>ème</sup> génération

(2) Si l'option est souscrite sur les formules Options Budget, cette franchise ne s'applique pas sur les consultations généralistes, spécialistes, les analyses et examens, la pharmacie et les actes de prévention.

(3) 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