



Ma Santé 125%



avec Module Hospi

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignées sont définies dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

Vos garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux.

Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie.

Les forfaits exprimés en Euro s'entendent **par assuré et par année d'assurance** sauf indication spécifique. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie.

Les garanties du tableau sont explicitées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge.
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).
- Les montants exprimés « Chez nos partenaires » et « Hors partenaires » ne se cumulent pas.

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information.

HOSPITALISATION - Court et moyen séjour

⁽¹⁾ Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessous. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveaux-nés.

Honoraires des médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	220% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	400% ⁽¹⁾
Honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	200% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	200% ⁽¹⁾
Frais de séjour		Frais réels
- En établissement conventionné		100%
- En établissement non conventionné		Frais réels
Forfait Journalier		Frais réels
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)		75 € par jour
Lit pour accompagnant, enfant ou adulte, non remboursé par la Sécurité sociale		15 € par jour
Hospitalisation à domicile (HAD)		125%

TRANSPORT SANITAIRE

Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	125%
---------------------------------------------------------------------	------

OPTIQUE

La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue, elle est alors limitée à une paire par an).

Le forfait lunettes inclut le remboursement de la monture et des verres.

Le remboursement de la monture ne peut pas excéder 150 € même si le forfait dépasse ce montant. L'atteinte de ce plafond de 150 € est calculée en y incluant le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.), conformément à la réglementation.

	Hors partenaires	Chez nos partenaires
Forfait lunettes à 2 verres simples	1 ^{re} , 2 ^e année	70 €
	3 ^e année	110 €
	4 ^e année et +	170 €
		80 €
		130 €
		200 €

Forfait lunettes à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	1 ^{re} , 2 ^e année	125 €	125 €
	3 ^e année	130 €	140 €
	4 ^e année et +	170 €	200 €
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes (dès la première année)		200 €	
Lentilles			
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.			100 €
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser (chirurgie réfractive), non remboursée par la Sécurité sociale	1 ^{re} , 2 ^e année	60 €	
	3 ^e année	80 €	
	4 ^e année et +	140 €	
DENTAIRE			
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay		125%	
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core) Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.	1 ^{re} année	100% + 100 €	
	2 ^e année	100% + 150 €	
	3 ^e année et +	100% + 250 €	
Orthodontie (versé par semestre)	1 ^{re} , 2 ^e année	100 €/sem. (soit 200 €/an)	
	3 ^e année	150 €/sem. (soit 300 €/an)	
	4 ^e année et +	200 €/sem. (soit 400 €/an)	
MEDECINE			
Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		145%	
Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		125%	
Limitations en psychiatrie et en chirurgie esthétique décrites dans vos Conditions générales ou votre Notice d'information			
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		125%	
Auxiliaires médicaux (infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue)		125%	
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) non remboursée par la Sécurité sociale		25 € par séance	
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues		3 séances par an	
PHARMACIE			
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)		100%	
Médicaments à service médical rendu modéré, médicaments homéopathiques (ex-vignette bleue)		100%	
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)		Non pris en charge	
PREVENTION			
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale		70 €	
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale			
Vaccin antigrippe même non remboursé par la Sécurité sociale		Frais réels	
APPAREILLAGE			
Appareils auditifs		125%	
Réparations et piles pour appareil auditif		125%	
Autres appareillages ou prothèses		125%	
CURE THERMALE			
Cure thermale		Non pris en charge	
ASSISTANCE			
Garanties d'assistance acquises (décrites dans les conditions générales ou la notice d'information) : Aide-ménagère, garde-malade, soutien scolaire, garde-enfants, garde-animaux, orientation hospitalière			