



## Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans les Conditions générales ou la Notice d'information.

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

- **Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie.**
- Les forfaits exprimés en euros 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 les Conditions générales ou la Notice d'information. Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés. Conformément à la réglementation, 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.

### Limitations de garanties applicables à votre tableau de garanties

Notre prise en charge de la **chirurgie esthétique** remboursée par la Sécurité sociale est limitée au ticket modérateur sauf si elle est consécutive à un accident ou aux conséquences d'une pathologie documentée. Dans ces cas, les taux du tableau s'appliquent. Cette limitation s'applique en hospitalisation ou en cabinet. La chirurgie esthétique non remboursée par la Sécurité sociale n'est pas prise en charge conformément aux Conditions générales ou à la Notice d'information.

Nous prenons en charge la **psychiatrie et la neuropsychiatrie** aux taux du tableau jusqu'à la 6<sup>e</sup> consultation par bénéficiaire et par année d'assurance. Au-delà nous ne prenons en charge que le ticket modérateur. Cette limitation s'applique en hospitalisation ou en cabinet. Les consultations de psychologue ou psychothérapeute ne sont pas prises en charge.

## 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.

Honoraires des médecins	400 % <sup>(1)</sup>
Frais de séjour	
■ En établissement conventionné	Frais réels
■ En établissement non conventionné	150 % <sup>(1)</sup>
Forfait journalier	Frais réels
Chambre particulière (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)	60 € par jour
Lit pour accompagnant, enfants et adultes	15 € par jour
Frais pré et post opératoires (effectués dans les 30 jours qui précèdent ou suivent une intervention chirurgicale)	150 % <sup>(1)</sup>
Hospitalisation à domicile (HAD)	150 %

## TRANSPORT SANITAIRE

Transports prescrits pour l'hospitalisation	150 %
---	-------

## ASSISTANCE

Garanties d'assistance acquises :

Aide-ménagère, garde-malade, soutien scolaire, garde-enfants, garde-animaux, orientation hospitalière