

Tableau de garanties Réf EQC075ATG_092015	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
Age limite d'adhésion	80 ans	80 ans	80 ans	80 ans	80 ans	80 ans
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ (*) Y COMPRIS MATERNITÉ)						
Frais de séjour (1)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires médicaux, honoraires chirurgicaux, actes techniques, radiologie, pharmacie, analyses, auxiliaires médicaux, appareillage						
• Praticiens signataires du Contrat d'accès au soins	100%	145%	145%	170%	195%	220%
• Praticiens non signataires du Contrat d'accès au soins	100%	125%	125%	150%	175%	200%
Forfait journalier (2)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (3)	-	35€/jour	40€/jour	50€/jour	50€/jour	55€/jour
Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 14 ans	-	16€/jour	16€/jour	16€/jour	16€/jour	16€/jour
Transport	100%	100%	100%	100%	100%	100%
HOSPITALISATION EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ (*)						
Frais de séjour (1)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires chirurgicaux	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier (2)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transport	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MATERNITE						
Forfait maternité (si la mère est bénéficiaire)	-	100€	140€	160€	170€	190€
OPTIQUE						
Equipelement (1 monture et 2 verres) (4)						
• Equipelement à verres simples	100%	100€	120€	150€	200€	250€
• Equipelement à verres complexes ou très complexes	100%	200€	200€	200€	200€	250€
• Equipelement avec un verre simple et un verre complexe	100%	150€	160€	175€	200€	250€
Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale (5) (par an et par bénéficiaire)	100%	100€	120€	150€	200€	250€
Lentilles refusées par la Sécurité Sociale (6)	100%	100€	120€	150€	200€	200€
Chirurgie laser myopie (par oeil, par an, par bénéficiaire)	-	100€	120€	150€	150€	200€
DENTAIRE						
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire)	100%	125%	150%	200%	200%	250%
Prothèses dentaires prise en charge par la Sécurité sociale (Inlays-onlays, parodontologie, Inlays-core et implantologie remboursés par le RO)	100%	125%	150%	200%	200%	250%
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	100%	125%	150%	200%	200%	250%
Forfait prothèses dentaires et orthodontie non remboursées (avec cotation) parle RO et actes hors nomenclature (5)	-	100€	100€	125€	150€	200€
Plafond annuel dentaire (hors soins - si ce plafond est atteint, les postes de garanties seront limités à 100% du tarif de responsabilité) (5)	Illimité	Illimité	Illimité	800€	900€	1000€
HONORAIRES MEDICAUX (**)						
Consultations, visites, actes techniques généralistes (a) (b)						
• Praticiens signataires du Contrat d'accès au soins	100%	100%	145%	170%	170%	220%
• Praticiens non signataires du Contrat d'accès au soins	100%	100%	125%	150%	150%	200%
Consultations, visites, actes techniques spécialistes (a) (b)						
• Praticiens signataires du Contrat d'accès au soins	100%	100%	125%	150%	150%	200%
• Praticiens non signataires du Contrat d'accès au soins	100%	100%	105%	130%	130%	180%
PHARMACIE (AVEC TIERS PAYANT)						
Médicaments pris en charge par le régime de base	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Autres produits, fournitures, accessoires	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Homéopathie remboursée par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%	100%
LABORATOIRE (**) (AVEC TIERS PAYANT)						
Analyses en laboratoires	100%	100%	125%	150%	150%	200%
RADIOLOGIE (**) (AVEC TIERS PAYANT)						
Actes d'imagerie et d'échographie						
• Praticiens signataires du Contrat d'accès au soins	100%	100%	145%	170%	170%	220%
• Praticiens non signataires du Contrat d'accès au soins	100%	100%	125%	150%	150%	200%
AUXILIAIRES MÉDICAUX						
Kiné, infirmière, orthoptiste, orthophoniste, sage femme,	100%	100%	125%	150%	150%	200%
CURESTHERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE REGIME DE BASE (5)						
Cures thermales acceptées par la SS	100%	150%	200% + 110€	250% + 160€	300% + 215€	350% + 270€
MÉDECINES DOUCES ET COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES (5)						
Praticien de santé (7) Maxi 3 actes	15€/acte	15€/acte	15€/acte	20€/acte	20€/acte	25€/acte
Forfait Bien être (complément alimentaires bio et phytothérapie) (8)(9)(5)	25€	75€	75€	90€	90€	90€
PROTHÈSES MÉDICALES						
Prothèses orthopédiques et auditives	100%	100%	125%	150%	150%	200%
FORFAIT PRÉVENTION SANTÉ						
Prise en charge de 50% des dépenses de prévention prescrites et achetées en pharmacie mais non remboursées par la Sécurité sociale. Maxi/an/bénéficiaire	55€	80€	110€	135€	160€	190€
+ GARANTIES						
Assistance (selon convention MAPFRE)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Soutien financier (selon Dispositions Générales Avantages - COVEA)	Pour les moins de 60 ans à la souscription.					
Soutien financier + (selon Dispositions Générales Avantages - COVEA)	Pour les plus de 60 ans à la souscription.					

Réf EQC075ATG_092015

Les remboursements sont exprimés :

- En pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et incluent la prise en charge du régime de base
- En euros en complément de l'éventuelle part de la Sécurité Sociale, dans la limite d'un forfait défini par bénéficiaire

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.

Un seul niveau de garantie doit être souscrit pour une même famille.

(1) Limité à 30 jours par bénéficiaire et par an en cas d'hospitalisation en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), au-delà de cette limite la prise en charge sera limitée au ticket modérateur. Pour les maisons de repos et de convalescence suite à une hospitalisation : prise en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(2) Illimité, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des établissements médico-sociaux et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR), limité à 30 jours.

(3) Chambre particulière limité à 60 jours par année civile et par bénéficiaire.

La prise en charge de la chambre particulière en cas d'hospitalisation en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie) est exclue.

(4) Equipement : 1 monture + 2 verres dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans en cas d'évolution de la vue. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat.

La prise en charge de la monture au sein de l'équipement sera au maximum de 150€

- Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.
- Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.
- Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

(5) Montant maximal par année civile et par bénéficiaire.

(6) Montant maximal par année civile et par bénéficiaire, non cumulable avec le forfait lentilles acceptées.

(7) Médecine alternative (Praticiens diplômés), Acupuncteur, Chiropracteur, Etiopathe, Homéopathe, Ostéopathe, Podologue, Phytothérapeute.

(8) Le complément alimentaire Bio est une denrée dont le but est de fournir un complément de nutriments ou de substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique (vitamines, sels minéraux, acides gras et acides aminés) manquants ou en quantité insuffisante dans le régime alimentaire normal d'un individu.

(9) Phytothérapie : produits naturels sous forme de gélules à base de plantes cryobroyées, d'oligoéléments ou minéraux, vitamines orthomoléculaire. Mode d'administration : voie orale.

Les factures originales devront comporter le nom complet du produit.

(*) Sous condition de prise en charge de la Sécurité Sociale. (**) Contribution forfaitaire de 1€ à la charge de l'assuré.

(a) Conformément au décret n°2005-1226 du 29/09/05 sur les contrats responsables : en cas de hors parcours de soins coordonnés, la Sécurité Sociale réduit son taux de remboursement.

(b) En cas de hors parcours de soins coordonnés l'Assureur ne prend pas en charge la majoration de la participation de l'Assuré et les dépassements d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins coordonnés (cf ArtL162-5-3 / L162-518 et L161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale).