

TABLEAU DES GARANTIES CAP SANTE SENIOR

TABGAR-CAPSANTESENIOR-0918

Les formules de garantie complémentaire santé 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.

Les conditions de mise en application de ces garanties sont décrites dans les Conditions Générales valant Notice d'Information du produit.

	CAP 1	CAP 2	CAP 3	CAP 4	
HONORAIRES ET SOINS MEDICAUX COURANTS (y compris maternité)					
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes	adhérent DPTAM non adhérent DPTAM*	100 % 100 %	125 % 105 %	150 % 130 %	200 % 180 %
Actes techniques médicaux (ATM) Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie)	adhérent DPTAM non adhérent DPTAM*	100 % 100 %	125 % 105 %	150 % 130 %	200 % 180 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale	adhérent DPTAM non adhérent DPTAM*	100 % 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		-	60 € / an	90 € / an	120 € / an
Pédicures, Podologues, Homéopathes non remboursés par le Régime Obligatoire		-	Maxi 30 € / séance	Maxi 30 € / séance	Maxi 30 € / séance
PHARMACIE					
Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire		100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire		-	25 €	50 €	75 €
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 €	45 €	60 €	75 €
Automédication courante		-	-	-	-
APPAREILLAGE ET PROTHESES NON DENTAIRE					
Bilan auditif		-	-	-	-
Prothèses orthopédiques et auditives		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
Forfait entretien annuel pour appareil auditif (non cumulable avec la prestation prothèses auditives)		-	30 €	60 €	100 €
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 €	200 €
	avec 2 verres complexes ou hypercomplexes	200 €	200 €	200 €	200 €
	avec au moins 1 verre complexe ou hypercomplexe	125 €	125 €	150 €	200 €
Forfait lentilles remboursées par le Régime Obligatoire		-	125 €	150 €	200 €
Forfait lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire		-	-	-	-
Chirurgie optique réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire : forfait / oeil et / an		100 €	125 €	150 €	250 €
Bonus (si pas de remboursement l'année précédente)		-	ajout de 25 € / an limité à 100 €	ajout de 25 € / an limité à 100 €	ajout de 25 € / an limité à 100 €
DENTAIRE					
Soins remboursés par le Régime Obligatoire		100 %	125 %	150 %	200 %
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire		100 %	125 %	150 %	200 %
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire		100 %	125 %	150 %	200 %
Prothèses non remboursées par le Régime Obligatoire		-	-	-	-
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire		-	-	-	-
Détartrage annuel non remboursé par le Régime Obligatoire		-	-	-	-
Implantologie		-	-	200 €	400 €
Parodontologie		-	-	150 €	300 €
Plafond annuel de remboursement		-	-	800 € année 1	1 200 € année 1
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIURGICALE (y compris au titre du risque maternité) (3)					
Frais de séjour secteur conventionné		100 %	125 %	150 %	200 %
Frais de séjour secteur non conventionné		100 %	100 %	100 %	150 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes)	adhérent DPTAM non adhérent DPTAM*	100 % 100 %	125 % 105 %	150 % 130 %	200 % 180 %
Chambre particulière (à l'exclusion de l'hospitalisation de jour ou en service spécialisé **)		-	50 € / jour max 30 jours / an	60 € / jour max 60 jours / an	70 € / jour illimité
Forfait hospitalier sans limitation de durée		Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Hospitalisation à domicile		100 %	125 %	250 %	300 %
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
CURES THERMALES		100 %	125 %	150 %	200 %
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
ASSISTANCE PERTE D'EMPLOI (5)		-	Maxi 1 000 €	Montant illimité	Montant illimité
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

* DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée telle que définie aux Conditions Générales valant Notice d'Information. La mention «adhérent» s'entend pour le médecin qualifié sur le poste de garantie correspondant. Le DPTAM vient se substituer aux notions de CAS / hors-CAS (Contrat d'accès aux soins).

** Hospitalisation en service spécialisé : 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.

(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.

(2) 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 : 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 Cap Santé Senior, le poste hospitalisation est limité à la formule CAP 1 les 6 premiers mois du contrat.

(4) Les hospitalisations et séjours en service spécialisé sont limités à 30 jours par an et par assuré pour les options CAP 2 et CAP 3. Cette limite est fixée à 60 jours pour l'option CAP 4. Au-delà les remboursements seront ceux de l'option CAP 1.

(5) Exonération du paiement de la cotisation en cas de licenciement économique de l'Adhérent ou de liquidation judiciaire. Durée maxi 24 mois

SIGNATURE CLIENT