

Modulango 150 %

Règles générales applicables aux garanties

Les mots ou expressions soulignées sont définies dans les Conditions générales ou la 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 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 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^e 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 psychologues ou psychothérapeutes 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. 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 au Contrat d'Accès aux Soins	170% ⁽¹⁾
Honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins	150% ⁽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)	50 € par jour
Lit pour accompagnant, enfant ou adulte, non remboursé par la Sécurité sociale	15 € par jour
Hospitalisation à domicile (HAD)	150%

TRANSPORT SANITAIRE

Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	150%
---	------

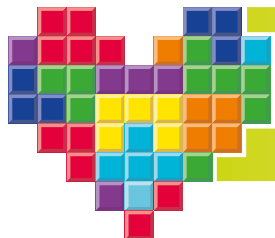
OPTIQUE

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	120 €	160 €
	3 ^e année	160 €	240 €
	4 ^e année et +	240 €	350 €
Forfait lunettes à 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	1 ^{re} , 2 ^e année	125 €	160 €
	3 ^e année	160 €	240 €
	4 ^e année et +	240 €	350 €
Forfait lunettes à 2 verres complexes ou très complexes	1 ^{re} , 2 ^e année	200 €	200 €
	3 ^e année	220 €	240 €
	4 ^e année et +	240 €	350 €
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.			200 €



Modulango 150 %

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	120 €
	3 ^e année	160 €
	4 ^e année et +	240 €
DENTAIRE		
Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay		150%
Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants, inlay-core)	1 ^{re} année	100% + 200 €
Le forfait annuel est utilisable pour les implants même si non remboursés par la Sécurité sociale.	2 ^e année	100% + 300 €
	3 ^e année et +	100% + 400 €
Orthodontie (versé par semestre)	1 ^{re} , 2 ^e année	200 €/sem. (soit 400 €/an)
	3 ^e année	250 €/sem. (soit 500 €/an)
	4 ^e année et +	300 €/sem. (soit 600 €/an)
MEDECINE		
Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins		170%
Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins		150%
- Limitations en psychiatrie et en chirurgie esthétique décrites avant ce tableau de garanties		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		150%
Auxiliaires médicaux (infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue)		150%
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		90 €
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale		
Vaccin antigrippe même non remboursé par la Sécurité sociale		Frais réels
APPAREILLAGE		
Appareils auditifs		150%
Réparations et piles pour appareil auditif		150%
Autres appareillages ou prothèses		150%
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		

Document non contractuel