

Modulango 200 %

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 | 400% ⁽¹⁾ |
| Honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins | 200% ⁽¹⁾ |
| Frais de séjour | |
| - En établissement conventionné | Frais réels |
| - En établissement non conventionné | 200% ⁽¹⁾ |
| 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) | 200% |

TRANSPORT SANITAIRE

Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville 200%

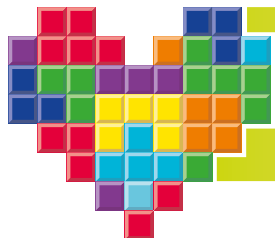
OPTIQUE

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 |
|--|------------------|---|
| Lunettes | | |
| ⁽²⁾ L'offre recommandée est définie dans l'annexe 170213 jointe au contrat. Si vous ne choisissez pas l'offre recommandée, notre remboursement se base sur le tarif du verre le plus proche de l'offre recommandée. Le forfait complémentaire peut-être utilisé pour la monture ou un traitement non prévu dans l'offre recommandée. | | |
| ⁽³⁾ Le remboursement total, verres plus monture, ne peut dépasser 470€ sur les lunettes à 2 verres simples, 610€ sur les lunettes à un verre simple et un verre complexe, 750€ sur les lunettes à 2 verres complexes, 660€ pour les lunettes à un verre simple et un verre très complexe, 800€ pour les lunettes à 2 verres très complexes, conformément à la réglementation. | | |
| 1 ^{re} , 2 ^e année | 240 € | Verres recommandés remboursés en totalité ⁽²⁾ + 130 € ⁽³⁾ |
| 3 ^e année | 260 € | Verres recommandés remboursés en totalité ⁽²⁾ + 130 € ⁽³⁾ |
| 4 ^e année et + | 300 € | Verres recommandés remboursés en totalité ⁽²⁾ + 130 € ⁽³⁾ |



Modulango 200 %

Lentilles, implants intraoculaires

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.

| | | |
|---|---------------------------|---------------|
| 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} année | 125 € par œil |
| | 2 ^e année | 200 € par œil |
| | 3 ^e année et + | 400 € par œil |

DENTAIRE

Consultations et soins dentaires (dentistes et chirurgiens-dentistes) ; Parodontologie ; Inlay, onlay 200%

Prothèses (couronnes, bridges, appareils amovibles, implants⁽⁴⁾, inlay-core⁽⁴⁾)

⁽⁴⁾ *Implants et inlay-core aux conditions "Hors partenaires". Pour les implants, le pourcentage sur la base de remboursement Sécurité sociale est remplacé par un montant de 300€ par implant.*

⁽⁵⁾ *L'offre recommandée est définie dans l'annexe 170213 jointe au contrat. Elle couvre couronnes, bridges et appareils amovibles. Si vous ne choisissez pas l'offre recommandée, notre remboursement se base sur le tarif de la prothèse recommandée.*

| | | |
|--|---------------------------|--------------|
| Limite annuelle du total de nos remboursements versés au titre de la ligne : « Prothèses ». Seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite. | 1 ^{re} année | 1 200 € |
| | 2 ^e année | 1 800 € |
| | 3 ^e année et + | Non plafonné |

Orthodontie (versé par semestre) 200% + 75 € /sem. (soit 150 € /an)

MEDECINE

Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins 220%

Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins 200%

- Limitations en psychiatrie et en chirurgie esthétique décrites avant ce tableau de garanties

Examens médicaux (biologie, analyse médicale) 200%

Auxiliaires médicaux (infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue) 200%

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

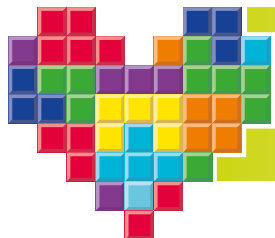
PHARMACIE

Tout médicament remboursé par la Sécurité sociale 100%

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 110 €
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale

Vaccin antigrippe même non remboursé par la Sécurité sociale Frais réels



Modulango 200 %

APPAREILLAGE

| | Hors partenaires | Chez nos partenaires |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Appareils auditifs ⁽⁶⁾ <i>Ce forfait n'est pas annuel mais bisannuel, donné une fois pour deux années d'assurance.</i> | 200% + 100 € ⁽⁶⁾ | 200% + 300 € ⁽⁶⁾ |
| Réparations et piles pour appareil auditif | | 200% |
| Autres appareillages ou prothèses | | 200% |

CURE THERMALE

| | | |
|--|--|--------------------|
| Forfait de surveillance thermale, pratiques médicales complémentaires par un médecin ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins | | 220% |
| Forfait de surveillance thermale, pratiques médicales complémentaires par un médecin n'ayant pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins | | 200% |
| Forfait thermal | | 200% |
| Frais d'hébergement et de transport | | Non pris en charge |

ALLOCATION DE BIENVENUE

| | | |
|---|--|-------|
| Allocation de bienvenue pour tout nouveau-né inscrit au contrat | | 200 € |
|---|--|-------|

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, rapatriement, garde personne dépendante, assistance juridique

Document non contractuel