

CONTRAT MALADIE OPALE

OPTION 3 : GARANTIE COMPLEMENTAIRE

TABLEAU DES GARANTIES

GARANTIES POUR LES FRAIS ENGAGES DANS L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN ET LA SUISSE

Base de remboursement : la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale Française (BRSS)
sauf indication contraire

Limitation: EUR 400 000 par personne assurée par année d'assurance

PRESTATION	REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE *	
	NIVEAU 1	NIVEAU 2
SOINS COURANTS : Honoraires médicaux, auxiliaires médicaux, actes de spécialité, soins dentaires, actes médicaux courants Analyses, radiologie, échographie Consultations ostéopathie, acupuncture, chiropractie	Secteur conventionné : 150 % de la BRSS Secteur non-conventionné : 100 % de la BRSS Secteur conventionné : 150 % de la BRSS Secteur non-conventionné : 100 % de la BRSS Pas garanties	Secteur conventionné et non-conventionné : 350 % de la BRSS 300 % de la BRSS Forfait : EUR 45,00 par consultation Limitation : maximum de 5 consultations par spécialité par année d'assurance et par Adhérent
HOSPITALISATION : Frais de séjour Honoraires médicaux et chirurgicaux Chambre particulière ** Forfait hospitalier Frais d'accompagnement enfant hospitalisé de moins de 15 ans	Secteur conventionné : 150 % de la BRSS Secteur non-conventionné : 100 % de la BRSS Secteur conventionné : 150 % de la BRSS Secteur non-conventionné : 100 % de la BRSS Maxi. EUR 46,00 par jour 100 % des frais réels Pas garantis	Secteur conventionné : 100 % des frais réels Secteur non-conventionné : 150 % de la BRSS Secteur conventionné : 350 % de la BRSS Secteur non-conventionné : 150 % de la BRSS Maxi. EUR 150,00 par jour 100 % des frais réels EUR 40,00 par jour pendant un maximum de 45 jours par année d'assurance et par Adhérent
OPTIQUE : Verres et lentilles acceptées Forfait frais de monture Lentilles refusées	150 % de la BRSS EUR 50,00 par année d'assurance par Adhérent Pas garanties))) Maximum de EUR 400,00 par année d'assurance par Adhérent))
APPAREILLAGE : Orthopédie, appareillage, prothèses auditives	150 % de la BRSS	300 % de la BRSS
ORTHODONTIE/PROTHESES DENTAIRES : Orthodontie et prothèses dentaires acceptées Orthodontie et prothèses dentaires refusées Implants dentaires	150 % de la BRSS (Plafond par année d'assurance par Adhérent – 1ère & 2ème année : EUR 381,12, EUR 762,24 les années suivantes) Pas garanties Pas garantis	400 % de la BRSS (Plafond par année d'assurance par Adhérent – 1ère & 2ème année : EUR 1 524,50, EUR 2 286,73 les années suivantes) 350 % de la BRSS (Plafond par année d'assurance par Adhérent – 1ère & 2ème année : EUR 1 524,50, EUR 2 286,73 les années suivantes) Maximum de EUR 600,00 par année d'assurance par Adhérent
CURES THERMALES ACCEPTEES: Honoraires, forfait thermal, forfait transport, hébergement	Forfait par année d'assurance par Adhérent: EUR 125,00	Forfait par année d'assurance par Adhérent: EUR 381,12

PRESTATION	REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE *	
	NIVEAU 1	NIVEAU 2
PHARMACIE : Pharmacie remboursable	100 % de la BRSS	150 % de la BRSS
Pharmacie non-remboursable	Pas garantie	Maximum de EUR 60,00 par année d'assurance par Adhèrent
Pharmacie homéopathique médicalement prescrite	Pas garantie	150 % de la BRSS
TRANSPORT : Transport lié à l'hospitalisation ou hors hospitalisation	150 % de la BRSS	300 % de la BRSS
MATERNITE (mère assurée) : Grossesse et accouchement	Voir Soins Courants et Hospitalisation	Voir Soins Courants et Hospitalisation
Naissance ou adoption	Indemnités forfaitaires : EUR 130,00	Indemnités forfaitaires : EUR 300,00
Naissance gémellaire ou multiple	Indemnités forfaitaires : EUR 250,00	Indemnités forfaitaires : EUR 600,00
FRAIS D'OBSEQUES : Indemnités obsèques Adhèrent, enfants, conjoint	Forfait : EUR 1 200,00	Forfait : EUR 2 286,73

* Tous les remboursements sont en complément de la Sécurité Sociale Française ou d'un régime de base ou des autres options du présent Contrat, sous réserve des limitations ci-dessus. Les taux de garantie indiqués ci-dessus comprennent donc les remboursements de toutes ces parties. L'ensemble des remboursements effectués à l'Adhèrent par les éventuels régimes d'assurance maladie dont il peut bénéficier ne peut pas dépasser le montant des dépenses qu'il a réellement exposées. La totalité des actes inscrits à la nomenclature des actes professionnels de la Sécurité Sociale Française donnent lieu à un remboursement du présent Contrat, sauf les exclusions indiquées dans l'Article 5 de l'extrait des conditions générales.

** Toutes les accommodations personnelles sont exclues (téléphone, eau, télévision etc.).

POUR LES ADHERENTS AGES DE MOINS DE 65 ANS A L'ADHESION ET DE 75 ANS AU PLUS :

Limitation : Niveau 2 - EUR 65 000 par personne

PRESTATION	NIVEAU 1	NIVEAU 2
Décès ou invalidité permanente totale suite à accident	Pas garantis	Capital: EUR 30 000 (doublé en cas d'acte de terrorisme)
Invalidité permanente partielle suite à accident	Pas garantie	Capital ci-dessus multiplié par le pourcentage d'incapacité
Frais d'obsèques suite à décès par accident	Pas garantis	EUR 5 000

COTISATIONS POUR 2012

Pour l'Adhèrent, son conjoint, son concubin et ses enfants (prix par personne)

COTISATIONS POUR L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN ET LA SUISSE :

AGE A L'ADHESION	NIVEAU 1		NIVEAU 2	
	MENSUELLE	ANNUELLE	MENSUELLE	ANNUELLE
Enfant de moins de 21 ans	EUR 20,52	EUR 246,24	EUR 74,79	EUR 897,48
Adhèrent de moins de 35 ans	EUR 27,01	EUR 324,12	EUR 101,76	EUR 1 221,12
Adhèrent de 35 à 44 ans	EUR 33,65	EUR 403,80	EUR 121,91	EUR 1 462,92
Adhèrent de 45 à 54 ans	EUR 43,28	EUR 519,36	EUR 150,87	EUR 1 810,44
Adhèrent de 55 à 60 ans	EUR 55,81	EUR 669,72	EUR 177,27	EUR 2 127,24
Adhèrent de 61 à 72 ans	EUR 79,70	EUR 956,40	EUR 204,65	EUR 2 455,80
Adhèrent de 73 à 80 ans	EUR 89,41	EUR 1 072,92	EUR 238,02	EUR 2 856,24

- Enfants nouveaux-nés : les enfants nouveaux-nés d'un Adhèrent cotisant depuis plus de trois (3) mois et qui sont inscrits dans les deux (2) mois de leur naissance, n'ont pas de période d'attente ni de questionnaire médical; mais la cotisation les concernant est due avec effet rétroactif (depuis la naissance).
- Enfants nouveaux-nés prématurés: pour les enfants nouveaux-nés prématurés d'un Adhèrent cotisant depuis plus de trois (3) mois, la garantie sera limitée aux soins effectués pendant un maximum de quatorze (14) jours à partir de la date de naissance, à condition qu'une demande d'adhésion ait été complétée pour l'enfant au plus tard quatorze (14) jours après sa naissance. Aucune autre prestation ne sera versée aux enfants nouveaux-nés prématurés jusqu'à ce qu'une période de trente (30) jours suivant la sortie de l'hôpital soit écoulée, à tel moment les garanties et règles choisies s'appliqueront.
- Enfants de plus de vingt (20) ans : à partir de leur 20ème anniversaire, les enfants pourront adhérer individuellement au contrat.
- Pour une famille assurée, la cotisation est gratuite à partir du troisième enfant.

La cotisation est fonction de l'âge à l'adhésion. Après vingt (20) ans, l'Adhèrent garde sa classe d'âge au fur et à mesure que les années passent. L'Assureur peut majorer les cotisations ou imposer des conditions pour tenir compte de l'état de santé indiqué sur la demande d'adhésion ou révélé par un examen médical au moment de la demande de couverture (Niveau 2).

Une réduction de 15 % est appliquée sur le tarif annuel de base pour les étudiants.

Une réduction de 5 % sera allouée pour les cotisations payées annuellement.