

CONTRAT MALADIE AMARIZ SANTE
ASSURANCE MALADIE AU PREMIER EURO OR

TABLEAU DES GARANTIES

GARANTIES POUR LES FRAIS ENGAGES DANS L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN

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

Limitation : EUR 1 000 000 par personne assurée par année d'assurance

PRESTATION	NIVEAU DE REMBOURSEMENT
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux, analyses, radiologie, actes médicaux courants, et auxiliaires médicaux	100 % de la BRSS
Honoraires de médecins non-conventionnés	100 % de la BRSS
Consultations des psychologues et psychothérapeutes	100 % de la BRSS
Pharmacie	100 % de la BRSS
HOSPITALISATION	
Honoraires médicaux et chirurgicaux et frais de séjour en milieu hospitalier	100 % de la BRSS
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Chambre particulière *	100 % des frais réels
MATERNITE (mère assurée)	
Grossesse et accouchement	100 % de la BRSS
Naissance ou adoption	EUR 274,00 (indemnités forfaitaires)
APPAREILLAGE, PROTHESES, TRANSPORT	
Appareillage	150 % de la BRSS
Orthopédie, prothèses auditives	150 % de la BRSS
Transport	150 % de la BRSS
OPTIQUE	
Verres	750 % de la BRSS
Forfait frais de monture	EUR 200,00
Lentilles de contact	150 % de la BRSS
Chirurgie de la myopie, presbytie, hypermétropie, astigmatisme	Forfait : EUR 220,00 par oeil
DENTAIRE	
Soins dentaires	100 % de la BRSS
Orthodontie et prothèses dentaires acceptées	250 % de la BRSS Limitation : orthodontie et prothèses dentaires EUR 1 524,50 par année d'assurance et par Adhérent (EUR 762,25 la première année)
Implantologie	Forfait : EUR 400,00 par année d'assurance et par Adhérent
MEDECINES DOUCES	
Cures thermales acceptées	100 % de la BRSS
Homéopathie médicalement prescrite : Honoraires médicaux Pharmacie	100 % de la BRSS 100 % de la BRSS ou 100 % des frais réels déterminés par un médecin ou pharmacien
Ostéopathie, acupuncture, chiropractie, sophrologie, étio-pathie : Consultations	Forfait : EUR 30,00 par consultation Limitation : maximum de 7 consultations par spécialité par année d'assurance et par Adhérent

Soins	Maximum de EUR 400,00 par spécialité par année d'assurance et par Adhérent
PRESTATION	NIVEAU DE REMBOURSEMENT
FRAIS D'OBSEQUES	
Frais d'obsèques – Adhérent, enfants, conjoint	EUR 1 524,00 (indemnités forfaitaires)
INDEMNITES JOURNALIERES	
Indemnités journalières en cas d'hospitalisation de 4 nuits consécutives ou plus (uniquement pour les Adhérents âgés de moins de 76 ans le jour d'entrée à l'hôpital)	Indemnités forfaitaires : EUR 40,00 par jour de la 4 ^{ème} à la 50 ^{ème} nuit consécutive à l'hôpital Indemnités forfaitaires : EUR 80,00 par jour de la 51 ^{ème} à la 365 ^{ème} nuit consécutive à l'hôpital Le montant de l'indemnité est réduit de moitié pour les enfants âgés de 15 ans ou moins le jour d'entrée à l'hôpital

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

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.

L'ensemble des remboursements effectués à l'Adhérent par les éventuels régimes d'assurance maladie dont il peut bénéficier ne peut pas dépasser le montant des dépenses qu'il a réellement exposées.

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

Limitation : EUR 65 000 par personne

PRESTATION	NIVEAU DE GARANTIE
GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT 'MINERVA'	
Décès ou invalidité permanente totale suite à accident	Capital: EUR 30 000 (doublé en cas d'acte de terrorisme)
Invalidité permanente partielle suite à accident	Capital ci-dessus multiplié par le pourcentage d'incapacité
Frais d'obsèques suite à décès par accident	EUR 5 000

INFORMATIONS SUR LES COTISATIONS

- Tarif familial : La cotisation familiale est valable pour une famille assurée comprenant 2 adultes et 2 enfants ou plus de moins de 21 ans.
- Enfants nouveaux-nés : les enfants nouveaux-nés d'un Adhérent 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 Adhérent 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 20^{ème} 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'Adhérent 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.

Une réduction de 10 % est appliquée sur le tarif annuel de base pour les étudiants.

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

EXCLUSION FRAIS MEDICAUX SUITE ACCIDENT :

Une réduction de 15 % sur la cotisation de base sera appliquée, et le remboursement des frais médicaux suite à un accident sera exclu du présent contrat, si de tels frais médicaux sont couverts par une assurance obligatoire souscrite par l'Adhérent en vertu de son contrat de travail.

Veuillez noter que, comme le contrat AMARIZ SANTE est basé sur la Base de Remboursement ou Tarif de Convention de la Sécurité Sociale Française, les actes qui ne sont pas inscrits à la nomenclature des actes professionnels ou qui sont effectués par un fournisseur de soins 'non-conventionné' ne seront pas remboursés, sauf indication contraire dans le tableau des garanties.