

Tableau des GARANTIES CAPITAL SENIOR

Les garanties du contrat décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Elles prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessous. Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Rbt intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro), du ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des «Prix Limites de Ventes» (PLV) déterminés par la réglementation en vigueur.

	BUDGET	ESSENTIELLE	SÉCURITÉ	EQUILIBRE	CONFORT	BIEN-ÊTRE
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE						
Frais de séjour secteur conventionné	100 %	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Frais de séjour secteur non conventionné	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %	200 %
Honoraires du médecin, chirurgien, et de l'anesthésiste	100 %	100 %	125 %	200 %	250 %	400 %
adhérent DPTAM	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %	200 %
non adhérent DPTAM	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %	200 %
Honoraires secteur non conventionné	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %	200 %
Chambre particulière (à l'exclusion de l'hospitalisation de jour ou en service spécialisé)	15 € / jour	30 € / jour	50 € / jour	70 € / jour	85 € / jour	100 € / jour
Forfait hospitalier sans limitation de durée ⁽¹⁾	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %	150 %	200 %	200 % BR	200 % BR
Frais de location TV	Néant	5 € / jour limité à 15 jours / an	5 € / jour limité à 15 jours / an	5 € / jour limité à 15 jours / an	5 € / jour limité à 15 jours / an	5 € / jour limité à 15 jours / an
Lit d'accompagnant : parent malade de plus de 80 ans (à l'exclusion de l'hospitalisation en service spécialisé)	Néant	Néant	10 € / jour	10 € / jour	15 € / jour	25 € / jour
Transport du malade accepté par le Régime Obligatoire (sauf cure thermale)	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
HOSPITALISATION DE JOUR OU SECTEUR SPECIALISE						
Frais de séjour et honoraires secteur conventionné - hospitalisation de jour ou service spécialisé	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Chambre particulière	Néant	Néant	Néant	Néant	30 € / jour limité à 30 jours	40 € / jour limité à 45 jours
DENTAIRE						
Consultation et soins dentaires						
Consultations, actes et soins remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
Inlays - onlays remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
Bonus à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	Néant	+25 %	+50 %	+50 %	+75 %	+75 %
Orthodontie	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
Actes dentaire non remboursés par la Sécurité sociale						
Implantologie - Parodontologie - Prophylaxie - Endodontie (Forfait par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	100 €	150 €	250 €	350 €
Actes prothétiques ou Orthodontie non remboursés	Néant	Néant	100 €	150 €	250 €	350 €
Actes prothétiques						
Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
Bonus à compter de la 3 ^{ème} année d'assurance	Néant	+25 %	+50 %	+50 %	+75 %	+75 %
Plafond dentaire annuel par bénéficiaire (hors consultations, actes et soins dentaires) *						
1 ^{ère} et 2 ^{ème} années	Néant	Néant	Néant	500 €	600 €	700 €
Années suivantes	Néant	Néant	Néant	1 000 €	1 200 €	1 400 €
OPTIQUE - Prise en charge d'un équipement tous les deux ans ⁽²⁾						
Frais d'optique remboursés par le Régime Obligatoire (verres, monture, lentilles) au sein de l'équipement optique	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Monture acceptée au sein de l'équipement optique	100 %	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €
Equipement optique (composé d'une monture et de 2 verres)						
2 verres simples	100 %	100 %	150 €	200 €	250 €	300 €
avec 2 verres complexes ou hypercomplexes	100 %	100 %	230 €	250 €	330 €	380 €
avec au moins 1 verre complexe ou hypercomplexe	100 %	100 %	175 €	220 €	280 €	330 €
Matériel amblyopie	Néant	100 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Forfait lentilles remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	75 €	100 €	125 €	150 €
Forfait lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire	Néant	Néant	50 €	75 €	100 €	125 €
Chirurgie optique réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire : forfait / œil et / an	Néant	Néant	150 €	200 €	250 €	275 €
HONORAIRES ET SOINS MEDICAUX COURANTS						
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes	adhérent DPTAM	100 %	125 %	150 %	175 %	225 %
non adhérent DPTAM	100 %	100 %	130 %	155 %	200 %	250 %
Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie	adhérent DPTAM	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
non adhérent DPTAM	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (ATM)	adhérent DPTAM	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
non adhérent DPTAM	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %	180 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie)	adhérent DPTAM	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
non adhérent DPTAM	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %	180 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale	adhérent DPTAM	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
non adhérent DPTAM	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %	180 %
Auxiliaires médicaux- Analyses médicales	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
SOINS A L'ETRANGER						
Soins engagés à l'étranger remboursés par la Sécurité sociale ⁽³⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %	150 %
PHARMACIE						
Médicaments prescrits et remboursés par la Sécurité Sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
AIDES AUDITIVES A compter du 1^{er} janvier 2021 prise en charge d'un équipement tous les 4 ans ⁽³⁾						
Aides auditives (prothèse) remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 % + 50 € / an	125 % + 75 € / an	150 % + 100 €/an	175 % + 125 €/an	200 % + 150 €/an
MATERIEL MEDICAL et PROTHESES AUTRES (hors Audio et Dentaire)						
Prothèses orthopédiques	100 %	100 % + 50 €/an	125 % + 75 €/an	150 % + 100 €/an	175 % + 125 €/an	200 % + 150 €/an
Petit et gros appareillage, accessoires, pansements	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
CURES THERMALES						
Soins - Hébergement (Hors transport)	100 %	100 € / an par bénéficiaire	100 € / an par bénéficiaire	200 € / an par bénéficiaire	300 € / an par bénéficiaire	350 € / an par bénéficiaire
MEDECINE COMPLEMENTAIRE						
Ostéopathes, Acupuncteurs, Diététiciens, Chiropracteurs non remboursés par le Régime Obligatoire (sur présentation d'une facture acquittée)	Néant	Néant	Néant	60 € / an limité à 30 € / séance	90 € / an limité à 30 € / séance	120 € / an limité à 30 € / séance
Pédicures, Podologues, Homéopathes non remboursés par le Régime Obligatoire (sur présentation d'une facture acquittée)	Néant	Néant	Néant	60 € / an limité à 30 € / séance	90 € / an limité à 30 € / séance	120 € / an limité à 30 € / séance
ACTES DE PREVENTION (prévus à l'art R.871-2 du code de la Sécurité Sociale)						
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	130 %
ASSISTANCE						
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

SPECIAL REFORME 100% SANTE

Le dispositif «100% Santé» permettant d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en Dentaire, Optique, Aides auditives va se mettre en place progressivement au cours des années 2019 à 2021.

La prise en charge des dépenses d'Optique, Dentaire, et Aides auditives concernées par le 100% Santé sera donc adaptée en fonction du calendrier défini par la réglementation.

En conséquence les blocs de garanties entrant dans le cadre du 100% santé évolueront automatiquement sans action de votre part selon les modalités ci dessous :

- Bloc «Optique» : évolution du bloc dans son intégralité dès 2020
- Bloc «Dentaire» : évolution du bloc uniquement pour les Actes Prothétiques remboursés par la Sécurité Sociale dès 2020
- Bloc «Aides auditives» : évolution du bloc dans son intégralité dès 2021

Lorsque les dépenses d'Optique, Dentaire, et Aides auditives font l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale dans le cadre du panier à honoraires libres ou du panier à honoraires modérés, les remboursements s'effectuent alors selon les niveaux de garanties prévus par la formule que vous avez choisie.

	BUDGET	ESSENTIELLE	SÉCURITÉ	EQUILIBRE	CONFORT	BIEN-ÊTRE
DENTAIRE						
Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
OPTIQUE - Prise en charge d'un équipement tous les deux ans ⁽²⁾ selon les spécifications techniques du verre						
Deux verres de classe A	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Une monture de classe A	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	100 %	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €
Prestation d'appariage	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Supplément pour verres avec filtre	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Autres prestations						
Prestation d'adaptation de la prescription des verres correcteurs dans le cadre du renouvellement de l'équipement	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

	BUDGET	ESSENTIELLE	SÉCURITÉ	EQUILIBRE	CONFORT	BIEN-ÊTRE
AIDES AUDITIVES - Prise en charge d'un équipement tous les 4 ans ⁽²⁾						
Aides auditives (prothèse) remboursées par la Sécurité sociale - appareil de classe I ⁽⁴⁾	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral

BR (Base de remboursement) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. **Pour les actes réalisés par des praticiens non conventionnés, la base de remboursement retenue est celle du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.**

DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). le médecin qui adhère peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

Rbt intégral : Remboursement intégral

(1) Hors Alsace-Moselle

(2) Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée à partir de la date de la dernière acquisition d'équipement d'optique ou d'aides auditives.

(3) Sont pris en charge les frais médicaux chirurgicaux et/ou d'hospitalisation lors d'un séjour temporaire dans le monde entier dès lors qu'il s'agit de soins inopinés et que ces frais donnent lieu à une prise en charge par le Régime obligatoire français. Les soins inopinés s'entendent des soins qui ne font pas l'objet d'une programmation. Ils s'appliquent aux personnes qui, lors d'un séjour à l'étranger tombent malades ou se blessent et doivent de ce fait engager des dépenses médicales.

Les actes hors nomenclatures effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge.

(4) Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A telles que le prévoit la législation en vigueur.

* Au-delà du plafond la participation de l'Assureur interviendra dans les conditions prévues pour les contrats responsables.