

TABLEAU DES GARANTIES ACTIV'PLUS

TABGAR-ACTIVPLUS-0419

Les formules de garantie complémentaire santé décrites ci-après s'inscrivent dans le cadre des contrats responsables, tels que prévus aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. En conséquence, les pénalités financières appliquées par le Régime Obligatoire sur les remboursements des consultations et actes médicaux réalisés en dehors du parcours de soins ainsi que les contributions et franchises médicales restent à la charge de l'assuré.

Les conditions de mise en application de ces garanties sont décrites dans les Conditions Générales valant Notice d'Information du produit.

	ACTIV'100	ACTIV'150	ACTIV'200	ACTIV'250	ACTIV'300
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (Y COMPRIS MATERNITE)					
Frais de séjour secteur conventionné	100 %	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Frais de séjour secteur non conventionné	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes) adhérents DPTAM	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes) non adhérents DPTAM	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires secteur non conventionné	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Chambre particulière (à l'exclusion de l'hospitalisation de jour ou en service spécialisé)	Néant	40 € / jour	50 € / jour	70 € / jour	85 € / jour
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Hospitalisation à domicile	Néant	125% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Lit d'accompagnant : enfants de moins de 16 ans dans la limite de 30 jours / an	Néant	10 € / jour	10 € / jour	15 € / jour	25 € / jour
Transport du malade accepté par le Régime Obligatoire	100 %	125 %	125 %	150 %	200 %
HOSPITALISATION DE JOUR OU SECTEUR SPECIALISE (1)					
Frais de séjour et honoraires secteur conventionné - hospitalisation de jour ou service spécialisé	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels 30 € / jour limité 30 jours	Frais Réels 40 € / jour limité 45 jours
Chambre particulière	Néant	Néant	Néant		
DENTAIRE					
Soins, Prothèses, Orthodontie acceptée par le R.O	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %
Soins, Prothèses, Orthodontie acceptée par le R.O à partir de la 3 ^{ème} année	100 %	150 %	250 %	300 %	350 %
Prothèse Dentaire ou Orthodontie non remboursées par an	Néant	Néant	150 €	200 €	300 €
Implantologie ou Parodontologie ou Prophylaxie ou Endodontie	Néant	Néant	150 €	200 €	300 €
Plafond annuel de remboursement année 1	Néant	Néant	700 €	1 000 €	1 200 €
Plafond annuel de remboursement année 2 et 3	Néant	Néant	1 000 €	1 200 €	1 400 €
OPTIQUE - LIMITE : 1 équipement tous les 2 ans (sauf mineurs et évolution de la vue) composé de deux verres et d'une monture					
Frais d'optique remboursés par le Régime Obligatoire (verres, monture, lentilles)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Equipeement optique (2)					
- Monture et 2 verres simples	100 %	125 €	150 €	200 €	250 €
- Monture et 2 verres complexes ou hypercomplexes	100 %	200 €	230 €	275 €	350 €
- Monture avec au moins 1 verre complexes ou hypercomplexe	100 %	150 €	175 €	200 €	300 €
Plafond de prise en charge de la monture	100 %	100 €	100 €	150 €	150 €
Matériel amblyopie	100 %	100 €	200 €	250 €	300 €
Forfait lentilles remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	50 €	75 €	100 €	150 €
Forfait lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire	Néant	Néant	50 €	100 €	125 €
Chirurgie optique réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire : forfait / œil et / an	Néant	125 €	150 €	200 €	250 €
HONORAIRES ET SOINS MEDICAUX COURANTS					
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes (DPTAM)	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes (HORS DPTAM)	100 %	100 %	130 %	175 %	200 %
Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie (DPTAM)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie (HORS DPTAM)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (ATM) (DPTAM)	100 %	100 %	125 %	200 %	200 %
Actes techniques médicaux (ATM) (HORS DPTAM)	100 %	100 %	105 %	150 %	180 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie) (DPTAM)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie) (HORS DPTAM)	100 %	100 %	105 %	125 %	180 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale (DPTAM)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale (HORS DPTAM)	100 %	100 %	105 %	125 %	180 %
Auxiliaires médicaux- Analyses médicales	100 %	100 %	125 %	200 %	200 %
SOINS A L'ETRANGER	100 %	100 %	100 %	125 %	150 %
PHARMACIE					
Pharmacie remboursée par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie non remboursée par le RO	Néant	50 €	75 €	100 €	150 €
APPAREILLAGE ET PROTHESES NON DENTAIRE					
Prothèses orthopédiques et auditives	100 %	100 % + 50 €/an	100 % + 75 €/an	100 % + 100 €/an	100 % + 150 €/an
Petit et gros appareillage, accessoires, pansements	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
FORFAIT MATERNITE (multiplié par deux si naissance multiple)	Néant	50 €	100 €	200 €	350 €
CURES THERMALES					
Soins	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Hébergement et transport	Néant	100 €	100 €	150 €	250 €
MEDECINE DOUCE (3)	Néant	Néant	30 € par séance limitée à 3/an	30 € par séance limitée à 5/an	40 € par séance limitée à 5/an
ACTES DE PREVENTION (prévus à l'art R.871-2 du code de la Sécurité Sociale)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ASSISTANCE	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

- BASE DE REMBOURSEMENT (BR) :** Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.
- RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) :** Régime Obligatoire d'assurance maladie dont relève l'assuré
- *DPTAM :** Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée telle que définie aux Conditions Générales valant Notice d'Information. La mention «adhérent» s'entend pour le médecin qualifié sur le poste de garantie correspondant. Le DPTAM vient se substituer aux notions de CAS / hors-CAS (Contrat d'accès aux soins).
- (1)Hospitalisation en service spécialisé : Hospitalisation ou séjours en secteur de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, maison de repos, de diététique, de sevrage thérapeutique, soins de suite ou en secteur de psychiatrie ou neuropsychiatrie.
- (2) Dans la limite d'un équipement optique complet (monture + 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire. Pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution du défaut visuel, un équipement par an et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée selon les formules de garanties. Le forfait optique versé inclut le ticket modérateur restant à charge de l'assuré.
- (3) Médecine douce : Diététicien, Psychomotricien, Actes de Naturopathes, ostéopathes, Etiopathes, Chiropracteurs, Microkinésithérapeutes, Nutritionnistes.