

VOTRE ASSUREUR CONSEIL :
ACS SAINT CYPRIEN
47 AVENUE ETIENNE BILLIERES
31300 TOULOUSE

Tel : 0981492553

M. LOBERA ERIC
12 ALL DU DR L LUDWIK ZAMENHOF
31100 TOULOUSE

Etude Personnalisée N° PSSD000059338

Valable 1 mois à compter du 06/06/2019

Monsieur ERIC LOBERA,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre offre d'assurance santé.

Pour répondre à vos besoins, nous avons sélectionné, pour vous, la complémentaire santé la plus adaptée à votre profil.
Nous restons à votre disposition pour toute demande de modification de cette étude personnalisée, ainsi que pour vous apporter toutes les informations complémentaires dont vous auriez besoin.

Votre profil

Nom et prénom des bénéficiaires	Né(e) le	Régime
LOBERA ERIC	28/07/1957	Régime Général

Notre recommandation

Compte tenu des informations que vous nous avez indiquées, nous vous conseillons la FORMULE 4.

- 1 Nos formules sont adaptées à vos besoins et à votre budget !
- 2 Vous profitez d'une prise en charge immédiate, sans délai d'attente ni questionnaire médical !
- 3 Vous bénéficiez de services assistance 24h/24 en cas d'hospitalisation (aide-ménagère, livraison de médicaments à domicile, garde d'animaux...).
- 4 Vous suivez en ligne vos remboursements sur le site www.monespaceassure.fr.
- 5 Vous n'avancez pas les frais auprès des professionnels de santé (pharmaciens, laboratoires, etc.) grâce au tiers payant !

Votre choix

Date d'effet souhaitée : 01/01/2020.

(Cette date ne peut être antérieure à la date de réception par nos services du présent document)

VOTRE COTISATION MENSUELLE :

	COTISATION NETTE	TAXES	COTISATION A PAYER
FORMULE 4	102,42 €	13,56 €*	115,98 €* Frais de courtage annexes 2,00 €
		Cotisation Totale TTC	117,98 €

*La cotisation inclut les taxes suivantes :

- 6,27% de contribution CMU et 7% de Taxe sur les Conventions d'Assurance , TCA, sur la cotisation santé
- 20% de TVA sur la cotisation des garanties d'assistance

Les frais de courtage annexes d'adhésion sont de 30,00 € et seront prélevés lors du règlement de votre 1^{re} cotisation.

Pour souscrire

Si vous souhaitez souscrire au contrat proposé, ou simplement apporter des modifications à cette étude, veuillez vous rapprocher de votre assureur conseil :

ACS SAINT CYPRIEN
47 AVENUE ETIENNE BILLIERES
31300 TOULOUSE

Tel : 09 81 49 25 53
Mail : acs.stcyprien@gmail.com

Pour toute demande de *souscription*, pensez à transmettre *les documents suivants* :

- Votre *Relevé d'Identité Bancaire*.

Votre tableau de garanties

	FORMULE 4
HOSPITALISATION	
Frais de séjour en établissement conventionné	Frais réels
Frais de séjour en établissement non conventionné	175%
Honoraires :	
Professionnels de santé adhérents à l'OPTAM (1) :	
1ère année	250%
2ème année	265%
3ème année	280%
4ème année et suivantes	300%
Professionnels de santé non adhérents à l'OPTAM (1) :	150%
Forfait journalier (2)	Frais réels
Chambre particulière (3)	60€ / jour
Frais d'accompagnant (3)	15€ / jour
Frais de transport	150%
Frais de télévision et wifi (3)	5€ / jour
Forfait coup dur (4)	-
SOINS COURANTS	
Honoraires des médecins (généralistes, spécialistes), radiologie, imagerie, échographie, actes techniques et de spécialités :	
- Adhérents à l'OPTAM (1)	200%
- Non Adhérents à l'OPTAM (1)	150%
Auxiliaires médicaux et laboratoires	200%
Soins effectués à l'étranger	150%
Pharmacie remboursée par le Régime Obligatoire :	100%
Pharmacie prescrite non remboursée par le RO (par an et par bénéficiaire)	30€
OPTIQUE(5)	
Equipe ment verres et monture comportant 2 verres simples / Bénéficiaire (ticket modérateur compris) :	175€
Equipe ment verres et monture comportant au moins 1 verre complexe ou très complexe (ticket modérateur compris) :	350€
Lentilles remboursées par le Régime Obligatoire (par an et par bénéficiaire)	100% +100€
Lentilles refusées par le Régime Obligatoire (par an et par bénéficiaire)	100€
Chirurgie réfractive toutes corrections (par œil, par an et par bénéficiaire)	200€
DENTAIRE	
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire), inlays-onlays, parodontologie remboursée par le Régime Obligatoire	250%
Prothèses dentaires, implantologie remboursées par le Régime Obligatoire*	300%
bonus fidélité à partir de la 3ème année d'adhésion:	+25%
Inlay core remboursé par le Régime Obligatoire*	250%
Prothèses dentaires non remboursées par le Régime Obligatoire* (y compris les implants et la parodontologie non remboursés par le RO, par an et par bénéficiaire)*	200 €
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	200%
*Dans la limite d'un plafond annuel global par bénéficiaire de :	1 100 €
AUTRES PROTHESES ET APPAREILLAGE	
Prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage	150%
Prothèses auditives (par oreille) (ticket modérateur compris) :	200%
Entretien de l'appareillage :	200%

PREVENTION & BIEN-ETRE	
Un forfait médecines douces : ostéopathie, chiropractie, étiopathes, homéopathes, podologie, pédicure, diététicien Dans la limite d'un forfait annuel et par bénéficiaire de :	75 €
Vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire (forfait annuel par bénéficiaire)	40 €
Prévention des risques cardiovasculaires : sevrage tabagique, tensiomètre, activité physique (6) (forfait annuel par bénéficiaire)	20 €
Cures thermales - Honoraires et traitements acceptés par la Régime Obligatoire - Frais de transport et d'hébergement acceptés ou non par le Régime Obligatoire par an et par bénéficiaire	175% 150€/an
SERVICES +	
Assistance renforcée : - Aide-ménagère et aide familiale, garde animaux de compagnie, livraison de médicaments à domicile, mise à disposition d'un véhicule médical, envoi d'un médecin, etc. - Aide à l'aidant (mise en relation)	Oui
Tiers payant // ALMERYS	Oui

GARANTIES SOUS DEDUCTION DU REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE

En secteur non conventionné, la garantie est limitée à 100% du tarif d'autorité.

Contrat conforme



Le 100% Santé vous permettra de bénéficier d'un remboursement intégral en optique, dentaire et prothèses auditives, pour certaines prestations qui seront définies par décret et qui rentreront dans des paniers de soins dits 100% santé. Le remboursement sur les prestations ne relevant pas des paniers de soins 100% santé s'effectuera selon les niveaux de garanties prévus dans le tableau de garanties ci-dessus. Sauf modification réglementaire, le 100% Santé entrera en vigueur à compter du :
- 1er janvier 2020 pour l'optique et une partie des prestations dentaires (couronnes et bridges notamment),
- 1er janvier 2021 pour les prothèses auditives et le reste des prestations dentaires du panier de soins 100% Santé (prothèses amovibles notamment).

- (1) OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. L'OPTAM est un dispositif remplaçant le CAS (contrat d'accès aux soins) depuis le 25/08/2016. Il a pour but de poursuivre l'encadrement des dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2, qui fixent eux-mêmes les tarifs de leurs consultations.
(2) Forfait journalier : couverture illimitée, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD), des établissements médico-sociaux, des établissements d'hébergement pour personnes âgées et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR).
(3) la chambre particulière, les frais de télévision et les frais d'accompagnement sont limités à 90 jours par an en rééducation fonctionnelle, maisons de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), et à 30 jours pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés.
(4) Versement du capital en cas de premier diagnostic d'un cancer atteignant le sein ou l'appareil reproducteur féminin, c'est-à-dire l'ovaire, l'utérus, le vagin et les organes génitaux externes; ou d'un cancer de la prostate (sous conditions).

(5) OPTIQUE :

Monture plafonnée à 150 €, 100 € à compter du 1er janvier 2020 dans le cadre de la réglementation sur les contrats responsables, pour les montures hors panier de soins 100% santé.

L'équipement est constitué d'une monture et de deux verres 100 € à compter du 1er janvier 2020 dans le cadre de la réglementation sur les contrats responsables, pour les montures hors panier de soins 100% santé.

Dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) toutes les deux années dites glissantes, décomptées à partir de la date d'effet du contrat, par bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, cette limitation est ramenée à une année. A compter du 1er janvier 2020 : dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans, décomptés à partir du dernier remboursement d'un équipement, par bénéficiaire âgé de 16 ans ou plus. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans, cette limitation est ramenée à une année (6 mois dans le cas d'un bénéficiaire âgé jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie de son visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur).

Verres Simples :	Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries -et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
« Verres complexes »	Verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 dioptries
	Verres multifocaux ou progressifs
« Verres très complexes »	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries
	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

(6) **Activités Physiques** : Abonnement salle de sport, abonnement piscine, Frais d'adhésion à un club sportif ou Licence sportive

Les garanties du Contrat Santé seniors s'inscrivent dans le cadre du contrat dit « responsable » défini aux Dispositions Générales.

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette opération font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est l'Equité à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement est Solly Azar :

- Souscription des contrats ;

- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes ;
- Gestion et règlement des sinistres dans la limite des pouvoirs accordés ;
- Gestion des réclamations dites de niveau 1 ;
- Archivages des pièces de gestion.

Le traitement des données a pour finalité la réalisation de mesures entrant dans le cadre de ces opérations. Ces traitements ont comme base juridique l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles.

Ces informations auront également pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ainsi que le respect des obligations réglementaires. Ces traitements ont comme base juridique le respect des obligations légales.

Ces informations pourront être utilisées pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance. Ces traitements ont comme base juridique base juridique de l'intérêt légitime.

Le traitement des données de santé dans le cadre du versement des prestations des contrats de remboursement frais de santé a pour base juridique la protection sociale.

Dans les conditions prévues par la réglementation :

Vous disposez du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation ; vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires.

Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

Vous pouvez vous opposer à l'utilisation de vos données personnelles. Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande aux adresses suivantes :

- **Auprès de Solly Azar** : à l'adresse suivante dpo@sollyazar.com
- **Auprès de l'assureur** : sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité à l'adresse suivante droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante Generali– Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons consultez le document « Information sur la protection des données personnelles » qui a été mis à votre disposition.

FICHE D'INFORMATIONS ET DE CONSEIL

A : LOBERA ERIC

Pour un contrat d'assurance : Santé séniors

Numéro de Devis : PSSD000059338

Le présent document est établi conformément aux articles L521-2, L521-4 et R521-1 du Code des assurances. Il a notamment pour finalité d'identifier vos besoins et exigences afin de vous conseiller une offre cohérente avec ceux-ci mais ne s'inscrit pas dans le cadre d'un service de recommandation personnalisée au sens de l'article L521-4-II du Code des assurances.

Vos besoins pouvant évoluer dans le temps, nous vous invitons, en liaison avec votre conseiller, à vérifier la bonne adéquation de votre contrat à ces besoins.

IDENTIFICATION DE VOS BESOINS ET EXIGENCES

Sur la base de vos déclarations, nous avons noté que vous recherchez une assurance complémentaire santé.

1. Le souscripteur

Nom : LOBERA Prénom : ERIC Date de naissance : 28/07/1957

VOS BESOINS

Vous souhaitez être couvert à compter du 01/01/2020.

Vous souhaitez bénéficier d'une couverture santé moyenne gamme à savoir de bons remboursements sur les soins courants, l'optique et le dentaire. Vous souhaitez également une prise en charge des frais d'appareillages et de médecines douces ou encore de cures thermales.

NOTRE CONSEIL ET LES RAISONS LE MOTIVANT

Compte tenu des informations que vous nous avez communiquées sur vos besoins et votre budget, nous vous recommandons :

La formule 4 qui vous permet notamment de bénéficier :

- en matière de soins médicaux courants : de remboursements jusqu'à 200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale lorsque le médecin est adhérent à l'OPTAM (150% s'il n'adhère pas à l'OPTAM) ;
- de remboursements élevés sur les postes dentaire et optique y compris sur des dépenses non remboursées par la Sécurité Sociale (lentilles, implants)
- d'une prise en charge des médecines douces (par exemple : ostéopathe, diététicien, pédicure), des prothèses auditives ou encore des cures thermales.

Nous vous recommandons également d'opter pour l'un de deux nos renforts pour répondre à un besoin de couverture plus importante sur l'ensemble des postes suivants : chambre particulière, verres complexes en optique, prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale, prothèses auditives ou encore dépenses de médecines douces et cures thermales.

Remarques Importantes

Il est recommandé de lire attentivement la Notice d'information du produit Santé séniors assuré par L'EQUITE transmises avec le Devis. Plus particulièrement, les paragraphes relatifs aux définitions des garanties, des exclusions et du délai de renonciation. Ces Conditions Générales constituent le document contractuel exprimant les droits et obligations du souscripteur et de l'assureur.

CHOIX DU SOUSCRIPTEUR

Je reconnais l'exactitude des informations transmises lors de notre entretien du 01/01/2020 concernant ma situation personnelle.

Ayant pris en considération votre conseil et au vu de mes besoins et exigences, je choisis la formule 4 du contrat Santé seniors.

J'ai parfaitement conscience des conséquences éventuelles de ma décision.

PRESENTATION DE ACS SAINT CYPRIEN ET INFORMATIONS CONCERNANT L'ANALYSE DU MARCHÉ

Le cabinet ACS SAINT CYPRIEN, SARL au capital de 1000 € domicilié 47 AVENUE ETIENNE BILLIERES 31300 TOULOUSE, est un intermédiaire d'assurance, immatriculé au Registre du Commerce et des Sociétés de sous le numéro 799031182 et enregistré à l'ORIAS en qualité de courtier d'assurance sous le numéro 14000663 (www.orias.fr).

Nous ne sommes liés par aucun accord d'exclusivité avec une ou plusieurs entreprises d'assurance. En application de l'article L521-2-II-1°b) du Code des assurances, nous vous précisons que nous pouvons travailler ou travaillons avec : SOLLY

Nous sommes rémunérés sur la base d'une commission incluse dans la prime d'assurance. (article L521-2-II-2°b) du Code des assurances).

RECLAMATION - MEDIATION

Pour toute réclamation, nous vous invitons à nous adresser un courrier à :

ACS SAINT CYPRIEN
Service des réclamations
47 AVENUE ETIENNE BILLIERES
31300 TOULOUSE

A réception de votre réclamation, celle-ci sera traitée dans un délai ne dépassant pas 10 jours, faute de quoi vous recevrez un accusé de réception. Le cas échéant, une réponse vous sera apportée dans un délai n'excédant pas deux mois.

Si la réponse obtenue ne vous donnait pas satisfaction, nous vous invitons à nous contacter afin que nous vous précisions les coordonnées du médiateur compétent conformément à l'article L-156-1 du Code de la consommation.

Par ailleurs, les coordonnées de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution en charge du contrôle des Compagnies d'assurance et des intermédiaires en assurance sont les suivantes :

ACPR
4 Place de Budapest
CS 92459
75436 PARIS Cedex 09

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Vos données personnelles sont recueillies en conformité avec le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). En communiquant vos données personnelles, vous acceptez qu'elles fassent l'objet d'un traitement informatisé ayant pour finalité l'établissement d'une proposition ou la passation, la gestion ou l'exécution de votre contrat d'assurance.

Vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition pour des motifs légitimes relativement à l'ensemble des données vous concernant. Vous disposez également du droit à la limitation du traitement et du droit de demander le transfert de vos données (droit à la portabilité). Vous pouvez retirer à tout moment le consentement accordé à l'utilisation de vos données.

Vous pouvez vous reporter à vos Dispositions Générales pour connaître les modalités et limites d'exercice de ces droits ainsi que les informations détaillées sur le traitement de vos données personnelles.

Remis au client le 06/06/2019

Merci de nous retourner un exemplaire signé.

Signature du client

Signature du courtier

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques.

Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit « Santé Séniors » sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit « Santé Séniors » est un contrat individuel d'assurance complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, cette assurance prend en charge tout ou partie des frais de santé laissés à la charge de l'assuré après l'intervention de son Régime Obligatoire (RO) d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit « Santé Séniors » est « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré. Il est également « responsable » car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule choisie et par conséquent une somme peut rester à votre charge. Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, honoraires, forfait journalier hospitalier, frais de transport, frais de télévision et/ou Wifi.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médecins (généralistes, spécialistes), radiologie, imagerie, échographie, actes techniques et de spécialités, auxiliaires médicaux et laboratoire, soins effectués à l'étranger, pharmacie remboursée par le RO.
- ✓ **Frais Optique** : lunettes (monture + verres), lentilles remboursées par le RO.
- ✓ **Frais Dentaire** : soins dentaires, inlays-onlays, parodontologie, prothèses dentaires, implantologie, inlay core et orthodontie remboursés par le RO.
- ✓ **Autres prothèses et Appareillages** : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage, prothèses auditives, entretien de l'appareillage.
- ✓ **Prévention et Bien être** : cures Thermales (honoraires et traitements acceptés par le RO).

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

Chambre particulière
Frais d'accompagnant
Forfait coup dur
Pharmacie prescrite non remboursée par le RO
Lentilles non remboursées par le RO
Chirurgie réfractive
Prothèses dentaires non remboursées par le RO
Médecine douce
Vaccins non remboursés par le RO
Prévention des risques cardiovasculaires
Frais de transport et d'hébergement pour cures thermales

ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère et aide familiale, garde d'animaux de compagnie, livraison de médicaments à domicile.

- ✓ Aide à l'aidant (mise en relation)



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la sécurité sociale ;
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).

Cette liste n'est pas exhaustive.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Le Forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge dans les unités de soins de longue durée (USLD)

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : les frais de télévision et/ou Wifi sont limités à 90 jours par an en SSR, et à 30 jours en psychiatrie
- ! **La chambre particulière et les frais d'accompagnement** sont limités à 90 jours par an en SSR, et à 30 jours en psychiatrie
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques.

Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit « Santé Séniors » sont fournies au client dans d'autres documents et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit « Santé Séniors » est un contrat individuel d'assurance complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, cette assurance prend en charge tout ou partie des frais de santé laissés à la charge de l'assuré après l'intervention de son Régime Obligatoire (RO) d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit « Santé Séniors » est « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré. Il est également « responsable » car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule choisie et par conséquent une somme peut rester à votre charge. Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, honoraires, forfait journalier hospitalier, frais de transport, frais de télévision et/ou Wifi.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médecins (généralistes, spécialistes), radiologie, imagerie, échographie, actes techniques et de spécialités, auxiliaires médicaux et laboratoire, soins effectués à l'étranger, pharmacie remboursée par le RO.
- ✓ **Frais Optique** : lunettes (monture + verres), lentilles remboursées par le RO.
- ✓ **Frais Dentaire** : soins dentaires, inlays-onlays, parodontologie, prothèses dentaires, implantologie, inlay core et orthodontie remboursés par le RO.
- ✓ **Autres prothèses et Appareillages** : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage, prothèses auditives, entretien de l'appareillage.
- ✓ **Prévention et Bien être** : cures Thermales (honoraires et traitements acceptés par le RO).

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

Chambre particulière
Frais d'accompagnant
Forfait coup dur
Pharmacie prescrite non remboursée par le RO
Lentilles non remboursées par le RO
Chirurgie réfractive
Prothèses dentaires non remboursées par le RO
Médecine douce
Vaccins non remboursés par le RO
Prévention des risques cardiovasculaires
Frais de transport et d'hébergement pour cures thermales

ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère et aide familiale, garde d'animaux de compagnie, livraison de médicaments à domicile.

- ✓ Aide à l'aidant (mise en relation)



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la sécurité sociale ;
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).

Cette liste n'est pas exhaustive.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Le Forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge dans les unités de soins de longue durée (USLD)

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : les frais de télévision et/ou Wifi sont limités à 90 jours par an en SSR, et à 30 jours en psychiatrie
- ! **La chambre particulière et les frais d'accompagnement** sont limités à 90 jours par an en SSR, et à 30 jours en psychiatrie
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.

Cette liste n'est pas exhaustive.