

TABLEAU DES GARANTIES CAP VERT

TABGAR-CAPVERT-0415

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 des parcours de soins ainsi que les contributions et franchises médicales restent à la charge de l'assuré.

Lorsque dans le tableau ci-dessous il est prévu pour certaines garanties un plafond annuel de remboursement, la prestation interviendra, en cas de dépassement de ce plafond, à hauteur des participations minimales précisées à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale. Les soins remboursés par la Sécurité sociale tels que définis à l'article R871-2 1° du Code de la Sécurité sociale (décret n°2014-1374 du 18/11/2014 sur les contrats responsables) sont pris en charge par la Mutuelle dans les limites et plafonds définies par la grille, sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale du Ticket Modérateur.

Les garanties des contrats interviennent dès lors que les frais ont fait l'objet d'un remboursement par le régime obligatoire de l'assuré.

Les prestations sont exprimées soit sous forme de forfait en euros, soit en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire. L'ensemble des prestations s'entend dans la limite des frais réellement engagés.

Sauf mention contraire dans le tableau ci-dessous, les actes non pris en charge par la Sécurité sociale, qu'ils soient référencés ou non par cet organisme ne sont pas remboursés. Si leur prise en charge est expressément prévue, les actes et produits doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité.

		ORCHIS	IRIS	LYS	MYOSITIS
HONORAIRES ET SOINS MEDICAUX COURANTS (y compris au titre du risque maternité)					
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes	CAS*	100 %	100 %	150 %	300 %
	Hors CAS*	100 %	100 %	130 %	200 %
Actes techniques médicaux (ATM)	CAS*	100 %	100 %	150 %	300 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie)	Hors CAS*	100 %	100 %	130 %	200 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale	CAS*	100 %	100 %	150 %	300 %
	Hors CAS*	100 %	100 %	130 %	200 %
Auxiliaires médicaux		100 %	100 %	150 %	300 %
Analyses médicales		100 %	100 %	150 %	300 %
Transport du malade accepté par le Régime Obligatoire		100 %	100 %	100 %	100 %
MEDECINE COMPLEMENTAIRE (1)					
Ostéopathes, Acupuncteurs, Diététiciens, Chiropracteurs non remboursés par le Régime Obligatoire		25 € / séance max 125 € / an	30 € / séance max 180 € / an	35 € / séance max 210 € / an	40 € / séance max 240 € / an
Pédicures, Podologues, Homéopathes non remboursés par le Régime Obligatoire		Prise en charge 50 % max 100 € / an	Prise en charge 50 % max 150 € / an	Prise en charge 50 % max 180 € / an	Prise en charge 50 % max 200 € / an
Phytothérapie sur prescription médicale (praticien de santé ou de bien-être)					
PHARMACIE					
Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire		100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire		-	-	-	-
ACTES DE PREVENTION					
Actes de prévention remboursés par le Régime Obligatoire		100 %	100 %	100 %	100 %
Actes de prévention non remboursés par le Régime Obligatoire		-	-	-	-
Automédication courante		-	-	-	-
Vaccin Anti Grippe		8 € / an	10 € / an	10 € / an	10 € / an
APPAREILLAGE ET PROTHESES NON DENTAIRE					
Bilan auditif		-	-	-	-
Prothèses orthopédiques		100%	100%	150%	300%
Prothèses auditives		100 € / an	200 € / an	250 € / an	300 € / an
Bonus forfait prothèses auditives (si pas de remboursement l'année précédente)		-	-	-	-
Forfait entretien annuel pour appareil auditif (non cumulable avec la prestation prothèses auditives)		-	-	-	-
Petit appareillage, accessoires, pansements		100 %	100 %	150 %	300 %
Gros appareillage		100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par le Régime Obligatoire		100 %	100 %	150 %	300 %
OPTIQUE (2)					
Frais d'optique remboursés par le Régime Obligatoire (verres, monture, lentilles)		100 %	100 %	150 %	300 %
Forfait optique (3)	avec 2 verres simples	-	125 €	200 €	300 €
	avec 2 verres complexes ou hypercomplexes	-	200 €	200 €	300 €
	avec au moins 1 verre complexe ou hypercomplexe	-	125 €	200 €	300 €
Forfait lentilles y compris lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire		-	125 €	200 €	300 €
Chirurgie optique réfractive non remboursé par le Régime Obligatoire					
DENTAIRE					
Soins remboursés par le Régime Obligatoire		100 %	100 %	150 %	300 %
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire		100 %	100 %	150 %	300 %
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire		100 %	100 %	150 %	300 %
Prothèses non remboursées par le Régime Obligatoire (1)					
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire (1)					
Détartrage annuel non remboursé par le Régime Obligatoire (1)		-	150 € / an	250 € / an	350 € / an
Implantologie (délai d'attente : 9 mois)					
Parodontologie (délai d'attente : 9 mois)					
Plafond annuel de remboursement		500 € année 1 800 € année 2 1 000 € années 3 et +	500 € année 1 800 € année 2 1 000 € années 3 et +	600 € année 1 900 € année 2 1 200 € années 3 et +	650 € année 1 1 000 € année 2 1 500 € années 3 et +
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (y compris au titre du risque maternité)					
Frais de séjour secteur conventionné	hors service spécialisé	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
	en service spécialisé	100 %	100 %	100 %	100 %
Frais de séjour secteur non conventionné		100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes)	CAS *	100 %	100 %	150 %	300 %
	Hors CAS	100 %	100 %	130 %	200 %
Chambre particulière (à l'exclusion de l'hospitalisation de jour) (4)		-	40 € / jour max 90 jours / an	50 € / jour max 90 jours / an	70 € / jour max 90 jours / an
Forfait hospitalier sans limitation de durée		Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Hospitalisation à domicile		100 %	100 %	150 %	300 %
Lit d'accompagnement : enfant de moins de 16 ans		15 € / jour max 90 jours / an	20 € / jour max 90 jours / an	25 € / jour max 90 jours / an	30 € / jour max 90 jours / an
FORFAIT MATERNITE (1)					
		-	-	100 €	200 €
CURES THERMALES					
		-	100 %	100 %	100 %
TELETRANSMISSION DES DECOMPTEES					
		OUI	OUI	OUI	OUI
TIERS PAYANT et prise en charge hospitalière et optique					
		OUI	OUI	OUI	OUI
ASSISTANCE					
		NON	NON	NON	NON

BASE DE REMBOURSEMENT (BR) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

REGIME OBLIGATOIRE (RO) : Régime obligatoire d'assurance maladie dont relève l'assuré

*CAS : Contrat d'Accès aux Soins

(1) Délai d'attente : 3 mois pour les actes de praticien de santé ou de bien-être et les prescriptions de phytothérapie - 9 mois pour le forfait maternité et les actes de dentisterie non pris en charge par le Régime Obligatoire,

(2) Dans la limite d'un équipement complet (monture + 2 verres ou lentilles) 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 à 150 Euros. Le forfait optique versé inclut le ticket modérateur restant à charge de l'assuré. La prestation totale pour un équipement (verres+monture) ne peut en aucun cas dépasser les plafonds définis par le décret sur les contrats responsables.

(3) Verre simple : foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.

Verre complexe : foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verre multifocal ou progressif ou Verre ultra complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

(4) 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.