



## Garanties Santé Gamme 1

# J'ai rêvé

Contrats non éligibles à la loi Madelin et valables en Surcomplémentaire.

Les contrats de cette gamme sont des "contrats responsables" qui répondent aux normes de la circulaire DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015 du 30 janvier 2015.

### • J'AI RÊVÉ 5



Contrats responsables

**MCA** MÉDIA CONSEIL ASSURANCES

S.A.R.L. de Courtage d'Assurance  
112, avenue de Paris 94300 VINCENNES  
N° ORIAS 07 031 603 [www.orias.fr](http://www.orias.fr)

Document non contractuel.  
Gamme Complémentaires Santé groupe "J'ai rêvé"

<b>Garanties Santé Gamme 1</b> exprimé en pourcentage de la Base du Remboursement de la Sécurité Sociale	<b>Option : J'AI RÊVÉ 5</b>
<b>SOINS COURANTS / HONORAIRES</b> Secteur conventionné et non conventionné avec reconstitution du tarif de convention.	<b>REMBOURSEMENT TOTAL</b> (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)
Consultations, Visites et Actes GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES signataire du CAS/OPTAM <sup>(2)</sup>	250 % BR *
Consultations, Visites et Actes GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES non signataire du CAS/OPTAM <sup>(2)</sup>	125 % BR *
AUXILIAIRES MÉDICAUX infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseurs-kinésithérapeutes	250 % BR *
Analyses et examens de laboratoire, Radiologie et Actes d'Imagerie	250 % BR *
Transport remboursé par la SS	100 % BR *
<b>PHARMACIE</b>	<b>REMBOURSEMENT TOTAL</b> (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (Vignette blanche)	100 % BR *
Médicaments à service médical rendu modéré (Vignette bleu)	100 % BR *
Médicaments à service médical rendu modéré (Vignette orange)	100 % BR *
Préparation magistrale	100 % BR *
Médicaments prescrits non remboursés par le RO	Néant
Vaccins prescrits refusés par le RO	3,50 % PMSS
<b>DENTAIRE</b>	<b>REMBOURSEMENT TOTAL</b> (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)
Soins dentaires, et actes dentaires remboursés par la SS	250 % BR *
Inlays/onlays remboursés par la SS	250 % BR *
Parodontologie	Néant
Prothèses dentaires remboursées par le RO	300 % BR *
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	300 % BR *
Implantologie // plafond annuel	200 € /an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le RO	300 % BR *
<b>PLAFOND DES REMBOURSEMENTS PROTHÈSES DENTAIRES.</b> Au delà du plafond seul le Ticket modérateur des actes remboursés par la Sécurité Sociale sera payé .	1600 € /an/bénéficiaire.
<b>OPTIQUE</b> Limité à 1 équipement verres et monture tous les 2 ans* sauf changement de dioptrie pour adulte ou enfant limité à 1 équipement par an/bénéficiaire. <i>*Les périodes s'apprécient à date de souscription du contrat chez Identités Mutuelle. Adulte 1 équipement par an en cas de changement de vue sinon 1 équipement tous les 2 ans. Enfant 1 équipement par an.</i>	<b>REMBOURSEMENT FORFAITAIRE</b>
<b>OPTIQUE / forfait une fois tous les deux ans ADULTE</b>	
A MONTURE + 2 VERRES SIMPLES	250 € (dont 50 € pour monture)
B MONTURE + VERRE SIMPLE + VERRE COMPLEXE	300 € (dont 50 € pour monture)
C MONTURE + VERRES COMPLEXES	350 € (dont 100 € pour monture)
D MONTURE + VERRE SIMPLE + VERRE TRES COMPLEXE	400 € (dont 100 € pour monture)
E MONTURE + VERRE COMPLEXE + VERRE TRES COMPLEXE	450 € (dont 100 € pour monture)
F MONTURE + VERRES TRES COMPLEXES	500 € (dont 150 € pour monture)
<b>OPTIQUE / forfait une fois par an ENFANT</b>	
A MONTURE + 2 VERRES SIMPLES	250 € (dont 50 € pour monture)
B MONTURE + VERRE SIMPLE + VERRE COMPLEXE	300 € (dont 50 € pour monture)
C MONTURE + VERRES COMPLEXES	350 € (dont 100 € pour monture)
D MONTURE + VERRE SIMPLE + VERRE TRES COMPLEXE	400 € (dont 100 € pour monture)
E MONTURE + VERRE COMPLEXE + VERRE TRES COMPLEXE	450 € (dont 100 € pour monture)
F MONTURE + VERRES TRES COMPLEXES	500 € (dont 150 € pour monture)
LENTILLES CORRECTRICES remboursées ou non mais prescrites, opération implant monofocal (forfait lentilles non cumulable avec forfait monture et verres sur la même année civile)	10 % PMSS / AN
OPÉRATION AU LASER DES YEUX, IMPLANT MULTIFOCAL forfait par an/ bénéficiaire vous engage à abandonner dans le poste optique, la garantie lunettes, verres et lentilles pendant 2 ans.	500 €
<b>CURE THERMALE</b>	<b>REMBOURSEMENT TOTAL</b> (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)
Cure thermale prise en charge par le RO (sur la base d'une cure de 21 jours)	100% BR *
Frais d'établissement et honoraires	100% BR *
Frais de transport et d'hébergement sur présentation de facture	500 € /an/bénéficiaire

BR \* : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / TFR \*\* : Tarif Forfaitaire de Remboursement / FR \*\*\* : Frais Réels / TM \*\*\*\* : Ticket Modérateur  
Prestation en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale y compris les remboursements du Régime Obligatoire, dans la limite des frais engagés. Une période d'attente sera à effectuer pour les personnes n'ayant pas de mutuelle avant la souscription à une garantie de la gamme " J'ai rêvé ", 3 mois pour la maladie, 6 mois pour les prothèses dentaires et l'optique, 9 mois pour l'hospitalisation sauf en cas d'accident. Pendant cette période, seul le Ticket Modérateur (T.M.) et le forfait journalier seront pris en charge)

# Garanties Santé Gamme 1

exprimé en pourcentage de la Base du Remboursement de la Sécurité Sociale

Option : J'AI RÊVÉ 5

## APPAREILLAGE // PROTHESES AUTRES QUE DENTAIRES

Appareillage, orthopédie	100 % BR *
Appareillage et accessoires (Corset, ceinture, genouillère, plâtre, chaussures, cannes anglaises, lit médical, postiche, seringue...)	100 % BR *
Prothèse auditives acceptées	100 % BR *
Prothèse capillaire acceptée	100 % BR *
Prothèse mammaire acceptée	100 % BR *
<b>plafond global des frais /an/bénéficiaire</b> Au-delà du plafond seul le Ticket modérateur des actes remboursés par la Sécurité Sociale sera payé.	<b>Forfait</b> <b>15 % PMSS /an</b>
Fauteuil roulant remboursé par la SS	100% BR *

## HOSPITALISATION MEDICALE et CHIRURGICALE

Honoraires secteur conventionné // signataires CAS/OPTAM <sup>(2)</sup>	250 % BR *
Honoraires secteur conventionné // non signataires CAS/OPTAM <sup>(2)</sup>	125 % BR *
Honoraires secteur non conventionné // signataires CAS/OPTAM <sup>(2)</sup>	90 % FR *** Limité à 250 %
Honoraires secteur non conventionné // non signataires CAS/OPTAM <sup>(2)</sup>	90 % FR *** Limité à 250 %
Frais de séjour secteur conventionné	100 % FR *** Limité à 250 %
Frais de séjour secteur non conventionné	100 % BR *
Frais de séjour maison de repos de convalescence de rééducation	250 % BR *
Honoraires secteur maison de repos de convalescence, de rééducation	100 % FR ***
FJH dans les établissements hospitaliers et psychiatrique, durée illimitée	100 % FR ***
Chambre particulière secteur conventionné	3,50 % PMSS/jour
Chambre particulière secteur non conventionné	3,50 % PMSS/jour
FJH en établissement soins de suite, durée illimitée	100 % FR ***
FJH dans les établissements repos convalescence et rééducation, durée illimitée	100 % FR ***
Chambre particulière en maison de repos, convalescence et rééducation si le séjour se réalise dans les 6 mois qui suivent l'hospitalisation	3,50 % PMSS/jour (limité à 90j/an)
Chambre particulière (par jour) en psychiatrie (limité à 45j/an)	3,50 % PMSS/jour
Frais d'accompagnant enfants -12 ans et adulte de +70 ans (maxi 30 jours / an)	2,50 % PMSS/jour

## PREVENTION ET SANTE AU QUOTIDIEN

Acupuncture, homéopathie, ostéopathie, étiopathie, chiroprathie, pédicure, diététicien	25 €/séance/maxi 6 séances/an/bénéficiaire
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité Sociale	100% BR *
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité Sociale	Néant
Sevrage tabagique	50 € /an/bénéficiaire
Détartrage annuel	100% BR *
Vaccin anti-grippe 1/an/bénéficiaire	100% BR *
Dépistage des troubles de l'audition	100% BR *
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (moins de 14 ans)	100% BR *

## ALLOCATION OBSÈQUES

(comportant un délai de carence de 6 mois)

Participation aux frais d'obsèques de 1000 €, inclus dans les garanties	OUI
---	-----

## ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

OUI

## TIERS PAYANT

OUI

Tous les actes remboursés par la Sécurité Sociale, même au delà des plafonds, seront pris en charge à hauteur du Ticket modérateur par la Complémentaire.

(1) P.M.S.S. : Plafond Mensuel De La Sécurité Sociale.

(2) CAS/OPTAM : Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (CAS et OPTAM), à destination des médecins conventionnés, ont pour objectif de modérer les honoraires afin de favoriser l'accès aux soins des patients et réduire leur reste à charge. Si le médecin n'est pas adhérent à un des dispositifs, la prise en charge est minorée et plafonnée.