



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 NAD



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

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

Garanties Santé Gamme 1 exprimé en pourcentage de la Base du Remboursement de la Sécurité Sociale		Option : J'AI RÊVÉ NAD
SOINS COURANTS / HONORAIRES Secteur conventionné et non conventionné avec reconstitution du tarif de convention.		REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)
Consultations, Visites et Actes GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES signataire du CAS/OPTAM ⁽²⁾		250 % BR *
Consultations, Visites et Actes GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES non signataire du CAS/OPTAM ⁽²⁾		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		150 % BR * et 100% BR pour soins de suite
PHARMACIE		REMBOURSEMENT TOTAL (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		
DENTAIRE		REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)
Soins dentaires, et actes dentaires remboursés par la SS		250 % BR *
Inlays/onlays remboursés par la SS		250 % BR *
Parodontologie		200 € /an/bénéficiaire
Prothèses dentaires remboursées par le RO		450 % BR *
Prothèses dentaires non remboursées par le RO		700 € /an/bénéficiaire
Implantologie // plafond annuel		350 € /an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le RO		300 % BR *
PLAFOND DES REMBOURSEMENTS PROTHÈSES DENTAIRES. Au delà du plafond seul le Ticket modérateur des actes remboursés par la Sécurité Sociale sera payé .		2000 € /an/bénéficiaire.
OPTIQUE 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>		REMBOURSEMENT FORFAITAIRE
OPTIQUE / forfait une fois tous les deux ans ADULTE		
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)
OPTIQUE / forfait une fois par an ENFANT		
A MONTURE + 2 VERRES SIMPLES		140 € (dont 50 € pour monture)
B MONTURE + VERRE SIMPLE + VERRE COMPLEXE		160 € (dont 50 € pour monture)
C MONTURE + VERRES COMPLEXES		190 € (dont 90 € pour monture)
D MONTURE + VERRE SIMPLE + VERRE TRES COMPLEXE		220 € (dont 90 € pour monture)
E MONTURE + VERRE COMPLEXE + VERRE TRES COMPLEXE		250 € (dont 90 € pour monture)
F MONTURE + VERRES TRES COMPLEXES		290 € (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)		200 €
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 €
CURE THERMALE		REMBOURSEMENT TOTAL (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 NAD

APPAREILLAGE // PROTHESES AUTRES QUE DENTAIRES	
REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)	
Appareillage, orthopédie	100% BR *
Appareillage et accessoires (Corset, ceinture, genouillère, plâtre, chaussures, cannes anglaises, lit médical, postiche, seringue....)	Forfait 500 € /an/bénéficiaire
Prothèse auditives acceptées	500 € /an/bénéficiaire
Prothèse capillaire acceptée	500 € /an/bénéficiaire
Prothèse mammaire acceptée	500 € /an/bénéficiaire
plafond global des frais /an/bénéficiaire <small>Au-delà du plafond seul le Ticket modérateur des actes remboursés par la Sécurité Sociale sera payé.</small>	100% BR *
Fauteuil roulant remboursé par la SS	1500 € /an
HOSPITALISATION MEDICALE et CHIRURGICALE	
REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)	
Honoraires secteur conventionné // signataires CAS/OPTAM ⁽²⁾	300 % BR *
Honoraires secteur conventionné // non signataires CAS/OPTAM ⁽²⁾	125 % BR *
Honoraires secteur non conventionné // signataires CAS/OPTAM ⁽²⁾	300 % BR *
Honoraires secteur non conventionné // non signataires CAS/OPTAM ⁽²⁾	125 % BR *
Frais de séjour secteur conventionné	150 % BR *
Frais de séjour secteur non conventionné	150 % BR *
Frais de séjour maison de repos de convalescence de rééducation	150 % BR *
Honoraires secteur maison de repos de convalescence, de rééducation	150 % BR *
FJH dans les établissements hospitaliers et psychiatrique, durée illimitée	100 % FR ***
Chambre particulière secteur conventionné	90 € / jour
Chambre particulière secteur non conventionné	90 € / 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 <small>si le séjour se réalise dans les 6 mois qui suivent l'hospitalisation</small>	90 € / jour (limité à 45j/an)
Chambre particulière (par jour) en psychiatrie (limité à 45j/an)	90 € / jour
Frais d'accompagnant enfants -12 ans et adulte de +70 ans (maxi 30 jours / an)	30 € / jour
PREVENTION ET SANTE AU QUOTIDIEN	
REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)	
Acupuncture, homéopathie, ostéopathie, étiopathie, chiroprathie, pédicure, diététicien	50 €/séance/maxi 5 séances/an/bénéficiaire
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité Sociale	250 % BR *
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité Sociale	40 % FR ***
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	Néant
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.