



# Garanties Santé Gamme 2 2018

# J'ai rêvé

Contrats éligibles à la loi Madelin.

Contrats non éligibles à l'Aide à la Complémentaire Santé (A.C.S).

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.

## Garantie : J'AI RÊVÉ +



M.C.A. est une marque déposée.

© "J'ai rêvé" est une marque déposée par M.C.A.

02 / 2018

M.C.A. : Siret : 390 980 050 00012

**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)

Contrats responsables

Document non contractuel.  
Contrat Complémentaire Santé groupe "J'ai rêvé"

## Garanties Santé Gamme 2

du 01/01/2018 AU 31/12/2018

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

## Garantie : J'AI RÊVÉ +

### SOINS COURANTS / HONORAIRES

Secteur conventionné et non conventionné

### REMBOURSEMENT TOTAL

(Remboursement Complémentaire + Sécurité sociale)

CONSULTATIONS / VISITES GÉNÉRALISTES signataire du CAS <sup>(2)</sup>	250% BR *
CONSULTATIONS / VISITES GÉNÉRALISTES non signataire du CAS <sup>(2)</sup>	200% BR *
CONSULTATIONS / VISITES SPÉCIALISTES signataire du CAS <sup>(2)</sup>	250% BR *
CONSULTATIONS / VISITES SPÉCIALISTES non signataire du CAS <sup>(2)</sup>	200% BR *
ANALYSES	250% BR *
AUXILIAIRES MÉDICAUX	250% BR *
ACTES MÉDICAUX signataire du CAS <sup>(2)</sup>	250% BR *
ACTES MÉDICAUX non signataire du CAS <sup>(2)</sup>	200% BR *
RADIOLOGIE signataire du CAS <sup>(2)</sup>	250% BR *
RADIOLOGIE non signataire du CAS <sup>(2)</sup>	200% BR *
TRANSPORT remboursé par la SS	100% BR *
PHARMACIE remboursée par la SS	100 % TFR **
FRANCHISE DE 18 € pour les actes lourds	Prise en charge

### DENTAIRE

### REMBOURSEMENT TOTAL

(Remboursement Complémentaire + Sécurité sociale)

Soins, consultations, radio, inlays-onlays signataire du CAS <sup>(2)</sup>	250% BR *
Soins, consultations, radio, inlays-onlays non signataire du CAS <sup>(2)</sup>	200% BR *
Orthodontie acceptée par la SS	450% BR *
Prothèses dentaires remboursées par la SS (y compris couronne sur implant)	450% BR *
Prothèses dentaires non remboursées	500 €/an/bénéficiaire
Inlays cores	450% BR *
Parodontologie non remboursée	} 300 €/an/bénéficiaire
Implantologie	
Plafond annuel	1800 €/an/bénéficiaire

### OPTIQUE

limité à 1 équipement verres et monture tous les 2 ans (\*)

sauf changement de dioptrie de minimum 0,5 pour adulte ou enfant limité à 1 équipement par an/bénéficiaire

### REMBOURSEMENT TOTAL

(Remboursement Complémentaire + Sécurité sociale)

#### Devis optique et prescription médicale à fournir obligatoirement avec la demande de prise en charge.

a) verres simples dont la sphère est comprise entre - 6,00 à + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00	300 € (verres) + SS
b) Un verre mentionné au a et un verre mentionné au c	350 € (verres) + SS
c) verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux et progressifs	450 € (verres) + SS
d) Un verre mentionné au a et un verre mentionné au f	400 € (verres) + SS
e) Un verre mentionné au c et un verre mentionné au f	500 € (verres) + SS
f) Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00	550 € (verres) + SS
Monture	150 €
Lentilles remboursées ou non par la SS (y compris jetables)	10 % PMSS /an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive	500 €/œil

(\*) La limitation de 2 ans s'apprécie à compter de la date d'achat du précédent équipement. Elle est réduite à 1 an si le bénéficiaire est mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (sur présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale). Les montants forfaitaires en euros s'entendent en complément du remboursement de la Sécurité sociale et comprennent le Ticket Modérateur. La prise en charge de la monture est limitée à 150 € maximum.

## Garanties Santé Gamme 2

du 01/01/2018 AU 31/12/2018

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

## Garantie : J'AI RÊVÉ +

### AUTRES PROTHESES

Prothèses orthopédiques et autres prothèses

Fauteuil roulant

Prothèses auditives remboursées

100% BR \*  
+ 20 % du PMSS  
/an/bénéficiaire

### HOSPITALISATION MEDICALE et CHIRURGICALE

FRAIS DE SÉJOUR établissement conventionné

100% FR \*\*\*

FRAIS DE SÉJOUR établissement non conventionné

90% FR \*\*\*  
limité à 300 % BR\*

HONORAIRES établissement conventionné signataire du CAS <sup>(2)</sup>

300% BR \*

HONORAIRES établissement conventionné non signataire du CAS <sup>(2)</sup>

200% BR \*

HONORAIRES établissement non conventionné signataire du CAS <sup>(2)</sup>

300% BR \*

HONORAIRES établissement non conventionné et non signataire du CAS <sup>(2)</sup>

200% BR \*

FORFAIT JOURNALIER hospitalier (exclusion des établissements médico-sociaux).

100 % FR \*\*\*

CHAMBRE PARTICULIÈRE établissement conventionné et non conventionné.  
Limitations : 45 jours en psychiatrie. 60 jours en maison de repos et convalescence.

3,5 % PMSS<sup>(1)</sup> / jour

FRAIS D'ACCOMPAGNANT établissement conventionné enfant de moins de 16 ans ou adulte de plus de 70 ans (limité à 10 jours pour + de 70 ans)

2,5% PMSS<sup>(1)</sup> / jour

MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE

300% BR \*

### CURE THERMALE

Cures thermales acceptées par la SS

100% BR \*

+ frais supplémentaires cures thermales sur la base d'une cure de 21 jours (Hébergements et transport, sur factures acquittées)

forfait de 500 €/an

### PREVENTION ET SANTE AU QUOTIDIEN

MÉDECINE DOUCE (acupuncture, ostéopathie, homéopathie, chiropractie, diététicien, phytothérapie, pédicure)

25 € / séance  
maxi 12 séances / an

PHARMACIE NON REMBOURSÉE + ALÈSES ET COUCHES (sur présentation de justificatifs et prescription médicale)

200 €/an/bénéficiaire

VACCINS PRESCRITS NON REMBOURSÉS

3,5 % PMSS<sup>(1)</sup>

DÉTARTRAGE ANNUEL COMPLET remboursé par la SS

100% BR \*

OSTÉODENSITOMÉTRIE remboursée par la SS

100% BR \*

OSTÉODENSITOMÉTRIE non remboursée par la SS

50 €/an/bénéficiaire

PATCH ANTI-TABAC

50 €/an/bénéficiaire

### ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

OUI

Les soins remboursés par la Sécurité sociale tels que définis à l'article R 871.2-1 du code de la Sécurité sociale sont pris en charge dans les limites et plafonds prévus dans la garantie, sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale du Ticket Modérateur.

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.

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

(2) CAS : Contrat d'accès aux soins. Le contrat d'accès aux soins est signé par l'Assurance Maladie avec les professionnels et les établissements de santé. Les bénéficiaires de cet accord sont les assurés, notamment les plus modestes. L'objectif de ce contrat est d'améliorer l'accès aux soins et de mettre un frein à la progression des dépassements d'honoraires.