



J'ai rêvé®



Garanties Santé J'ai rêvé

Contrats responsables

Option : 400

du 01/01/2018 au 31/12/2018

M.C.A. est une marque déposée.

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

05 / 03 / 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

Document non contractuel.
Gamme Complémentaires Santé groupe " J'ai rêvé "
souscrit par **M.C.A.- ADECOLLE**

Garantie Santé Collective J'AI RÊVÉ

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

Taux exprimés en BR sauf mention contraire - Remboursement RO inclus sauf forfait en €

OPTION : 400

SOINS COURANTS / HONORAIRES Secteur conventionné et non conventionné avec reconstitution du tarif de convention.	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)
Consultations, visites médecins généralistes signataires CAS/OPTAM(1)	400 % BR
Consultations, visites médecins spécialistes signataires CAS/OPTAM(1)	400 % BR
Consultations, visites médecins généralistes non signataires CAS/OPTAM(1)	175 % BR
Consultations, visites médecins spécialistes non signataires CAS/OPTAM(1)	175 % BR
AUXILIAIRES MÉDICAUX : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseurs-kinésithérapeutes	400 % BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux signataires CAS/OPTAM(1)	400 % BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux non signataires CAS/OPTAM(1)	175 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	400 % BR
PHARMACIE	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)
Médicaments et préparations magistrales remboursés par le R.O (65%, 30% et 15%)	100 % BR
DENTAIRE (plafond dentaire annuel à l'exclusion des soins : 1 PMSS)*	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)
Soins dentaires, parodontologie	100 % BR
Inlay onlay, endodontie	250 % BR
Inlay Core	400 % BR
Prothèses dentaires et Implantologie remboursées par le RO	400 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO (max 2 par an) (y compris prothèse provisoire)	400 €
Implantologie non remboursée par le RO (montant par implant (max 2) par an)	350 €
Parodontologie non remboursée par le RO	240 €
Orthodontie remboursée par le RO	400 % BR
Orthodontie non remboursée par le RO	774 €
Plafond dentaire (au-delà, remboursement à hauteur de 125 % BR, y compris SS, pour les actes pris en charge par le RO)	1 PMSS (hors soins dentaires)
OPTIQUE (voir grille optique)	REMBOURSEMENT FORFAITAIRE
Un équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf pour les mineurs (moins de 18 ans) et en cas d'évolution de la vue. La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de souscription du contrat.	
A MONTURE + 2 VERRES SIMPLES	400 €
B MONTURE + 1 VERRE SIMPLE + 1 VERRE COMPLEXE	510 €
C MONTURE + 2 VERRES COMPLEXES	640 €
Lentilles remboursées ou non (forfait max /an/bénéf)	360 €
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	600 €
GRILLE OPTIQUE	
MONTURE :	Max. 150 € intégré dans le forfait
VERRE SIMPLE :	Verre simple foyer dont sphère est [-6 et + 6] et cylindre < ou = + 4,00
VERRE COMPLEXE :	Verre simple foyer dont sphère est]-6 à + 6[ou cylindre > + 4,00 Verre multifocal ou progressif
VERRE TRÈS COMPLEXE :	Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont sphère]-8 à + 8 [Verre multifocal ou progressif sphérique dont sphère]-4 à + 4 [
CURES THERMALES prises en charge par le RO	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)
Frais d'établissement et honoraires	400 % BR
Frais de transport et d'hébergement	600 €

BR : Base de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie - RO : Régime obligatoire - FR : Frais réellement engagés par le membre salarié ou ayant droit assuré.

Garantie Santé Collective J'AI RÊVÉ

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

Taux exprimés en BR sauf mention contraire - Remboursement RO inclus sauf forfait en €

OPTION : 400

APPAREILLAGE // PROTHESES	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)
Prothèses auditives (3) - Forfait TOUS LES 2 ANS	100 % BR + 1340 €
Prothèses médicales, orthopédie	400% BR
Grand appareillage	100 % BR + 650 €
Petit appareillage, pansements, accessoires	400 % BR
HOSPITALISATION, chirurgicale, médicale, ambulatoire, maternité et établissements spécialisés	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)
Honoraires secteur conventionné signataires CAS/OPTAM(1)	400 % BR
Honoraires secteur conventionné non signataires CAS/OPTAM(1)	175 % BR
Frais de séjour secteur conventionné	400 % BR
Honoraires secteur non conventionné	175 % BR
Frais de séjour secteur non conventionné	300 % BR
Forfait Journalier Hospitalier	illimité
Chambre particulière (par jour) ou forfait ambulatoire (2)	120 € / jour
Frais accompagnant (par jour) (limitation : < 16 ans / 30 jours)	75 € / jour
Forfait de 18 € non pris en charge par le RO	FR
Transport	200 % BR
PREVENTION ET SANTE AU QUOTIDIEN	REMBOURSEMENT TOTAL (Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)
Diététicien, ostéopathe, étiopathe, homéopathe, acupuncteur chiropracteur / FORFAIT ANNUEL (4)	200 € / 4 séances
Médicaments et Vaccins prescrits non remboursés	70 €
Contraception prescrite non remboursée	70 €
Sevrage tabagique	50 €
Examen de la densitométrie osseuse non prise en charge par le RO	50 €
Vaccin anti-grippe	FR
Actes de préventions remboursés par le RO	100 % BR
SOINS INOPINÉS À L'ÉTRANGER pris en charge par le RO	300 % BR
MATERNITÉ - PRIME (par enfant)	500 €
OBSÈQUES - ALLOCATION	
OBSÈQUES - ALLOCATION (limitée aux FR pour les enfants de 12 ans)	3 200 €
ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE	OUI
TIERS PAYANT	OUI
ACTION SOCIALE	OUI

L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire. Gratuité pour le troisième et le quatrième enfant uniquement.

* En cas d'atteinte du plafond annuel, la prise en charge sera assurée à hauteur de 125 % de la BR (remboursement du régime obligatoire inclus) pour les actes remboursés par le RO.

Les remboursements sont limités aux frais réels engagés. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage soit en forfait.

Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1€, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient.

(1) 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.

(2) Illimitée en chirurgicale, médicale, limitée à 90 jours par an en établissements spécialisés conventionnés et limitée à 60 jours en psychiatrie. Les établissements non conventionnés sont exclus.

(3) En cas de nouvelle acquisition de prothèse en cours de 2ème année, prise en charge à hauteur du ticket modérateur.

(4) Pour les actes effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales.