



J'ai rêvé®



Garanties Santé J'ai rêvé

Contrats responsables

Option : 500

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 : 500

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)	500 % BR
Consultations, visites médecins spécialistes signataires CAS/OPTAM(1)	500 % BR
Consultations, visites médecins généralistes non signataires CAS/OPTAM(1)	200 % BR
Consultations, visites médecins spécialistes non signataires CAS/OPTAM(1)	200 % BR
AUXILIAIRES MÉDICAUX : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseurs-kinésithérapeutes	500 % BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux signataires CAS/OPTAM(1)	500 % BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux non signataires CAS/OPTAM(1)	200 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	500 % 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	300 % BR
Inlay Core	500 % BR
Prothèses dentaires et Implantologie remboursées par le RO	500 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO (max 2 par an) (y compris prothèse provisoire)	500 €
Implantologie non remboursée par le RO (montant par implant (max 2) par an)	500 €
Parodontologie non remboursée par le RO	300 €
Orthodontie remboursée par le RO	500 % BR
Orthodontie non remboursée par le RO	967.50 €
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	470 €
B MONTURE + 1 VERRE SIMPLE + 1 VERRE COMPLEXE	610 €
C MONTURE + 2 VERRES COMPLEXES	750 €
Lentilles remboursées ou non (forfait max /an/bénéf)	480 €
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	720 €
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	
Frais d'établissement et honoraires	500 % 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 : 500

APPAREILLAGE // PROTHESES

REMBOURSEMENT TOTAL

(Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)

Prothèses auditives (3) - Forfait TOUS LES 2 ANS

100 % BR
+ 1840 €

Prothèses médicales, orthopédie

500 % BR

Grand appareillage

500 % BR
+ 700 €

Petit appareillage, pansements, accessoires

500 % BR

HOSPITALISATION, chirurgicale, médicale, ambulatoire, maternité et établissements spécialisés

REMBOURSEMENT TOTAL

(Remboursement Complémentaire + Sécurité Sociale)

Honoraires secteur conventionné signataires CAS/OPTAM(1)

500% BR

Honoraires secteur conventionné non signataires CAS/OPTAM(1)

200% BR

Frais de séjour secteur conventionné

500% BR

Honoraires secteur non conventionné

200% BR

Frais de séjour secteur non conventionné

350 % BR

Forfait Journalier Hospitalier

illimité

Chambre particulière (par jour) ou forfait ambulatoire (2)

150 € / jour

Frais accompagnant (par jour) (limitation : < 16 ans / 30 jours)

100 € / 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 € / 5 séances

Médicaments et Vaccins prescrits non remboursés

100 €

Contraception prescrite non remboursée

100 €

Sevrage tabagique

80 €

Examen de la densitométrie osseuse non prise en charge par le RO

80 €

Vaccin anti-grippe

FR

Actes de préventions remboursés par le RO

100 % BR

SOINS INOPINÉS À L'ÉTRANGER pris en charge par le RO

400 % BR

MATERNITÉ - PRIME (par enfant)

600 €

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.