



PRESTATIONS	CAP SECURITE	CAP 100	CAP 130	CAP 160	CAP 200	CAP 300	CAP 400
HOSPITALISATION - SECTEUR CONVENTIONNE							
Frais de séjour	100%	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Honoraires actes de chirurgie, d'obstétrique, d'anesthésie	100%	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Honoraires actes d'imagerie médicale, d'échographie, techniques médicaux	100%	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	25 €/nuitée	30 €/nuitée	40 €/nuitée	50 €/nuitée	70 €/nuitée	70 €/nuitée	70 €/nuitée
Lit accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	5 €/nuitée	8 €/nuitée	10 €/nuitée	15 €/nuitée	20 €/nuitée	20 €/nuitée	20 €/nuitée
Location télévision par nuitée	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transport accepté par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ACTES MEDICAUX - SECTEUR CONVENTIONNE							
Consultations et visites généralistes	100%	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Consultations et visites spécialistes hors psychiatrie	-	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Consultations et visites de psychiatres, neuropsychiatres et assimilés (notre remboursement est limité à 12 consultations par année d'adhésion et par bénéficiaire).	-	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Actes de chirurgie, techniques médicaux	-	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, d'obstétrique, d'anesthésie	-	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Auxiliaires médicaux	-	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Analyses	-	100%	130%	160%	200%	300%	400%
PHARMACIE							
Vignettes 30% (bleues)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vignettes 65% (blanches)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vignettes 15% (oranges)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccins remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SOINS DENTAIRES - SECTEUR CONVENTIONNE							
Soins dentaires	100%	100%	130%	160%	200%	300%	400%
DENTAIRE - SECTEUR CONVENTIONNE							
Prothèses dentaires	-	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	-	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Orthodontie refusée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	-	160 €	200 €	300 €	400 €
Implantologie	-	-	-	160 €	200 €	300 €	400 €
Plafond annuel par bénéficiaire 1ère année	-	-	-	600 €	700 €	800 €	1 000 €
Plafond annuel par bénéficiaire 2ème et 3ème année	-	-	-	700 €	800 €	1 000 €	1 300 €
Plafond annuel par bénéficiaire 4ème année et suivantes	-	-	-	800 €	900 €	1 200 €	1 500 €
PROTHESES NON DENTAIRES							
Accessoires, orthopédie, prothèses auditives	-	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Petit et grand appareillage	-	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Plafond annuel par bénéficiaire	-	-	-	500 €	600 €	700 €	800 €
OPTIQUE							
Monture et verres acceptés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie,	-	-	-	-	-	-	-
Lentilles acceptées ou refusées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie,	-	-	-	-	-	-	-
Lentilles de vue jetables, opération des yeux par laser (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie).	-	130 €	170 €	200 €	250 €	350 €	450 €
Montant du poste optique à partir de la 3ème année de fidélité	-	170 €	210 €	240 €	300 €	400 €	500 €
Les montants ci-contre (1ère, 2ème, 3ème année et suivantes) sont limités à 75% de leur valeur pour les enfants de moins de 18 ans.	-	-	-	-	-	-	-
CURE THERMALE							
Cure thermique acceptée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%
BIEN ETRE							
Acupuncture	-	-	-	-	-	-	-
Ostéopathie	-	30 €	40 €	50 €	75 €	100 €	150 €
Chiropractie	-	-	-	-	-	-	-
Homéopathie	-	-	-	-	-	-	-
ACTES MEDICAUX FEMININS							
Amniocentèse	-	-	-	-	-	-	-
Procréation médicalement assistée	-	-	-	-	-	-	-
Contraception (stérilet, pilules, patch)	-	30 €	40 €	50 €	75 €	100 €	150 €
Péridurale refusée	-	-	-	-	-	-	-
PREVENTION							
Vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	-	-	-	-	-
Densitométrie osseuse	-	-	-	-	-	-	-
Aide à l'arrêt du tabac	-	30 €	40 €	50 €	75 €	100 €	150 €
Pedicure - Podologue	-	-	-	-	-	-	-
Préservatifs féminins et masculins	-	-	-	-	-	-	-
Parodontologie	-	-	-	-	-	-	-
ASSISTANCE A DOMICILE							
OUI (voir conditions)							
ALLOCATION DECES							
-	-	200 €	200 €	300 €	500 €	700 €	1 000 €
EXONERATION DES COTISATIONS EN CAS DE DECES							
OUI (voir conditions)							

Les pourcentages indiqués ci-dessus sont appliqués aux tarifs fixés (base de remboursement, tarif de convention) par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie.
Les prestations ci-dessus incluent le remboursement des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie (sauf pour certains montants exprimés en Euros) et sont limitées aux frais réels engagés.
Les délais d'attente, les limites par année d'adhésion et les conditions de souscription figurent au renvoi des garanties.
Ce contrat est solidaire et responsable. Il respecte la réglementation liée au parcours de soins.

2012 RENVOI DES GARANTIES CAP PLENTITUDE SANTE

Pour tous les actes non conventionnés, notre remboursement est limité au paiement du ticket modérateur calculé sur la base du tarif de non convention.

En cas d'hospitalisation, pour les cliniques et hôpitaux non conventionnés, notre participation est limitée au paiement du forfait hospitalier et de la chambre particulière.

Le changement de garantie ne peut s'effectuer qu'à la date anniversaire du contrat et, en cas d'augmentation, que dans la garantie immédiatement supérieure.

Hospitalisation

Pour les frais de séjours, prise en charge des dépassements en fonction des conventions en vigueur avec les cliniques et établissements hospitaliers conventionnés.

Le forfait hospitalier est pris en charge dans sa totalité par la mutuelle, à sa valeur au 1er janvier de l'année en cours, pour une durée, par an* et par bénéficiaire, respectivement de 30 jours la 1^{ère} année, de 60 jours la 2^{ème} année et de 90 jours la 3^{ème} année et suivantes. Gériatrie – gériatrie – moyens et longs séjours – placements à l'année et temporaire exclus.

La chambre particulière est prise en charge en fonction des conventions en vigueur avec les établissements hospitaliers, pour une durée, par an* et par bénéficiaire, respectivement de 30 jours la 1^{ère} année, de 60 jours la 2^{ème} année et de 90 jours la 3^{ème} année et suivantes. Gériatrie – gériatrie – moyens et longs séjours – placements à l'année et temporaire exclus.

La nuitée s'entend pour un séjour comportant au moins une nuit de 22h00 à 6h00.

Le lit de l'accompagnant est pris en charge pour une durée de 30 jours par an* et par bénéficiaire. Uniquement sur facture de l'hôpital ou de la clinique en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans.

Les frais de location de télévision, lors d'une hospitalisation médicale, chirurgicale ou maternité, sont pris en charge par IMA ASSISTANCE, sur justificatif, pour une durée de 15 jours par an* et par bénéficiaire. Gériatrie – gériatrie – moyens et longs séjours – placements à l'année et temporaire exclus.

En cas d'adhésion à une garantie CAP sans présentation d'un certificat de radiation d'une autre complémentaire santé, il sera fait application d'un délai d'attente de **1 mois**, sauf en cas d'accident. On entend par accident, l'intervention violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, non intentionnelle de la part d'un assuré, caractérisée par l'existence d'une lésion de ce dernier, survenant après la date de prise d'effet de la garantie. La radiation doit dater de moins de 2 mois.

Actes médicaux

Les visites avec déplacements non médicalement justifiées sont prises en charge à 100% du TC.

Les consultations et visites de psychiatres, neuropsychiatres et assimilées sont limitées à 12 remboursements par an* et par bénéficiaire.

Dentaire

Pour l'orthodontie refusée, un montant par semestre* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel*. Sur la base du refus du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, notre participation s'effectue au regard d'une facture détaillant la nature, la cotation et le prix du traitement.

Pour l'implantologie, un montant par an*, par bénéficiaire et par implant et dans la limite du plafond annuel*. Notre remboursement s'effectue sur la base du refus du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et d'une facture détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque implant.

En cas d'adhésion aux garanties CAP 300 et CAP 400 sans présentation d'un certificat de radiation d'une autre complémentaire santé garantissant des prestations équivalentes en dentaire, il sera fait application d'un délai d'attente de **3 mois**. La radiation doit dater de moins de 2 mois.

Le plafond annuel* s'applique aux prothèses dentaires, à l'orthodontie et à l'implantologie.

Optique

Montant par an* et par bénéficiaire. Ce montant est limité à 75% de sa valeur pour les enfants de moins de 18 ans.

La monture doit obligatoirement être achetée dans un réseau d'opticiens.

Pour les lentilles de vue jetables, la facture acquittée doit préciser leur nomenclature exacte et être accompagnée de la prescription médicale. Toutes les autres lentilles sont exclues de nos prestations.

En cas d'adhésion aux garanties CAP 300 et CAP 400 sans présentation d'un certificat de radiation d'une autre complémentaire santé garantissant des prestations équivalentes en optique, il sera fait application d'un délai d'attente de **3 mois**. La radiation doit dater de moins de 2 mois.

Le montant du poste optique à partir de la 3^{ème} année de fidélité, lorsqu'il est prévu à la garantie, s'applique après 2 années* ininterrompues d'adhésion à cette gamme santé.

Bien-être

Les montants s'entendent par an* et par bénéficiaire, sur justificatif, avec ou sans participation du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

Les actes d'acupuncture, d'ostéopathie et de chiropractie doivent être effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales.

Actes médicaux féminins

Les montants s'entendent par an* et par bénéficiaire. Les actes doivent être médicalement prescrits, sur justificatif, avec ou sans participation du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie. La contraception couvre les moyens suivants : le stérilet, les pilules, le patch.

Prévention

Les montants s'entendent par an* et par bénéficiaire, sur justificatif, avec ou sans participation du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

Exonération des cotisations en cas de décès

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint, assurés par ce régime et quelque soit leur âge au moment du décès, les ayants droit inscrits à ce régime à la date du décès bénéficient d'une exonération du paiement de la cotisation pendant une durée de 6 mois à compter du 1^{er} jour du mois suivant celui du décès.

L'âge se calcule toujours par différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

Les prestations décrites dans le tableau des garanties incluent le remboursement des Régimes Obligatoires Français d'Assurance Maladie (sauf pour certains montants exprimés en Euros) et sont limitées pour tous les risques aux frais réels engagés et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers par la Mutuelle Générale de Paris.

Cependant, dans le cadre de la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, la Mutuelle Générale de Paris ne prend pas en charge :

- les participations forfaitaires à charge de l'assuré, définies à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale, pour l'ensemble des actes auxquels elles s'appliquent,
- la minoration du remboursement des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie en cas de refus d'accès au dossier médical personnel (prévue à l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale),
- la minoration du remboursement des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie en l'absence de choix d'un médecin traitant ou lors d'une consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant (prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale),
- en cas de non respect du parcours de soins coordonnés, la fraction des dépassements d'honoraires correspondant aux dépassements autorisés pour les praticiens conventionnés (article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale) dans les limites conventionnelles en vigueur.

***La limite annuelle, pour toutes les prestations, s'entend par année d'adhésion** c'est-à-dire la période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée sur le bulletin d'adhésion ou de modification pour chaque bénéficiaire.

Les pourcentages indiqués dans le tableau des garanties sont appliqués aux tarifs fixés (base de remboursement = BR, tarif de convention = TC, tarif de responsabilité = TR, tarif forfaitaire de responsabilité = TFR) par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie en vigueur au 1er janvier de l'année en cours. Toute évolution des règles de remboursement des Régimes Obligatoires Français d'Assurance Maladie (CCAM, tarification à l'activité, baisse de remboursement...) pourra entraîner des modifications de nos prestations.