Tableau des GARANTIES CAPITAL SENIOR

Les garanties du contrat Capital Sénior décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Le contrat Capital Sénior s'adaptera donc automatiquement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% santé* »). Le dispositif «100% Santé» permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines dépenses en Dentaire, Optique et Aide auditive en fonction du calendrier défini par la réglementation.
Les garanties prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessous.
Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des «Prix Limites de Ventes» (PLV) et «Honoraires Limites de Facturation» (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur (a). »
Pour les actes réalisés en secteur Non Conventionné, la base de remboursement retenue est celle du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.
Les actes hors nomenclatures effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge.
Sauf mention contraire dans le tableau ci-dessous, les actes non pris en charge par la Sécurité sociale, qu'ils soient référencés ou non par cet organisme ne sont pas remboursés. Si leur prise en charge est expressément prévue, les actes et produits doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité.
Lorsque dans le tableau ci-dessous il est prévu pour certaines garanties un plafond annuel de remboursement, la prestation interviendra, en cas de dépassement de ce plafond, à hauteur des participations minimales précisées à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

	BUDGET	ESSENTIELLE	SÉCURITÉ	EQUILIBRE	CONFORT	BIEN-ÊTRE
HOSPITALISATION						
Honoraires médicaux : Médecin, chirurgien et anesthésiste						
- hors hospitalisation en secteur spécialisé et hopital de jour						
OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	125 %	200 %	250 %	300 %	400 %
hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %	200 %
- dans le cadre d'hospitalisation en secteur spécialisé et hopital de jour	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Frais de séjour						
- hors hospitalisation en secteur spécialisé et hopital de jour						
Secteur conventionné	100 %	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Secteur non conventionné	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %	200 %
- dans le cadre d'hospitalisation en secteur spécialisé et hopital de jour	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Autres frais						
- Chambre particulière (2) - Forfait par journée	15 €	30 €	50 €	70 €	85 €	100 €
- Frais de location TV - Forfait par journée - Limité à 15 jours	Néant	5 €	5 €	5 €	5 €	5 €
- Lit d'accompagnement parent malade de plus de 80 ans hors hospitalisation en service spécialisé - Forfait par journée	Néant	Néant	10 €	10 €	15 €	25 €
- Transport du malade (sauf cure thermale)	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %	200 %
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux : Consultations et visites des généralistes ou spécialistes						
OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	125 %	150 %	175 %	225 %	250 %
hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	130 %	155 %	200 %	200 %
Honoraires médicaux : Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (ATM)						
OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %	180 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie)						
OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %	180 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale						
OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %	180 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires paramédicaux : Auxiliaires médicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
- Prothèses orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
+ forfait prothèses orthopédiques remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	Néant	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €
Petit et gros appareillage, accessoires, pansements remboursés par la Sécurité Sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par la Sécurité Sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
CURES THERMALES						
- Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
+ forfait annuel Cures thermales (frais d'hébergement non pris en charge par la Sécurité sociale)	-	100 €	100 €	200 €	300 €	350 €
MEDECINE COMPLEMENTAIRE						
Médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale						
- Ostéopathes, acupuncture, diététiciens, chiropracteurs - Forfait annuel. Sur présentation d'une facture acquittée - Limité à 30 € par séance	Néant	Néant	Néant	60 €	90 €	120 €
- Pédicures, Podologues, Homéopathess - Forfait annuel. Sur présentation d'une facture acquittée - Limité à 30 € par séance	Néant	Néant	Néant	60 €	90 €	120 €
PREVENTION						
Ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
OPTIQUE						
Equipements 100% santé* (a) :						
Equipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé* (classe à prise en charge renforcée) (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c)						
- Equipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Equipements hors 100 % santé* :						
Equipement entrant dans le cadre du panier libre (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c)						
- Monture de classe B	100 %	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €
- Verres						
- Equipement avec 2 verres simples	100 %	100 %	250 €	300 €	350 €	400 €
- Equipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	100 %	100 %	275 €	320 €	380 €	430 €
- Equipement avec 2 verres complexes ou très complexes	100 %	100 %	330 €	350 €	430 €	480 €
Matériel amblyopie	Néant	100 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Lentilles de contact et chirurgie réfractive						
- Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 % + 75 €	100 % + 100 €	100 % + 125 €	100 % + 150 €
- Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	Néant	Néant	50 €	75 €	100 €	125 €
- Chirurgie optique réfractive non remboursée par la Sécurité Sociale - forfait annuel par œil	Néant	Néant	150 €	200 €	250 €	275 €

ECA-Assurances. 92-98, Boulevard Victor Hugo. BP 83. 92115 Clichy Cedex. SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S. NANTERRE B 402 430 276. Code APE 6622 Z. N° de TVA Intra-communautaire : FR31 402 430 276.
Société immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344 en qualité de Courtier en assurance (appartenant à la catégorie «b» selon l'article L.521-2 du code des assurances).
Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par l'ORIAS www.orias.fr.L'activité de courtier en assurance est placée sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459 - 75436 - Paris Cedex 09, site internet : www.acpr.banque-france.fr ;

Tableau des GARANTIES CAPITAL SENIOR

	BUDGET	ESSENTIELLE	SÉCURITÉ	EQUILIBRE	CONFORT	BIEN-ÊTRE
DENTAIRE						
Soins						
- Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
- Inlays - onlays remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
- Bonus à compter de la 3ème année d'assurance	Néant	+25 %	+50 %	+50 %	+75 %	+75 %
Soins et Prothèses dans le cadre du 100% Santé * (a)						
- Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à prise en charge renforcée)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Actes prothétiques hors cadre du 100% Santé* (Panier libre & maîtrisé)						
- Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
- Bonus à compter de la 3ème année d'assurance	Néant	+25 %	+50 %	+50 %	+75 %	+75 %
Orthodontie						
- Actes d'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
Actes dentaires non remboursés						
- Implantologie, Parodontologie, Prophylaxie, Endodontie non remboursés par la Sécurité sociale - Forfait annuel par bénéficiaire	Néant	Néant	100 €	150 €	250 €	350 €
- Acte prothétiques ou Orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale - Forfait annuel par bénéficiaire	Néant	Néant	100 €	150 €	250 €	350 €
Plafond annuel de remboursement hors soins dentaires 1ère année et 2ème année	Néant	Néant	Néant	500 €	600 €	700 €
à partir de la 3ème année	Néant	Néant	Néant	1 000 €	1 200 €	1 400 €
AIDES AUDITIVES						
Prestations assurées jusqu'au 31 décembre 2020						
Aides auditives						
- Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
+ forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	Néant	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €
Prestations assurées à compter du 1er janvier 2021						
Equipements 100 % santé* (a)						
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* *(classe à remboursement renforcé)* - Renouvellement tous les quatre ans (d)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Equipements hors 100% santé*						
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100% santé* (Appareil de classe II à prix libre) - Renouvellement tous les quatre ans (d) - Remboursement maximum 1700€ par oreille à appareiller (d).	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
+ forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	Néant	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €
SOINS A L' ETRANGER (3)						
Soins engagés à l'étranger remboursés par la Sécurité Sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ASSISTANCE - SERVICES						
Assistance santé	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Lexique :

BR (Base de remboursement) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Pour les actes réalisés par des praticiens non conventionnés, la base de remboursement retenue est celle du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.

- OPTAM ou OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

- Remboursement maximum pour la monture 100 €

- Rbt Intégral : Remboursement Intégral

- Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00

- Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verres multifocal ou progressif

- Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00

- Hospitalisation en service spécialisé : Hospitalisation ou séjours en secteur de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, maison de repos, de diététique, de sevrage thérapeutique, soins de suite ou en secteur de psychiatrie ou neuropsychiatrie.

Garanties, exclusions et limitations de garantie

(1) Forfait journalier :

- Prise en charge illimitée du forfait journalier (hors régime local Alsace Moselle)

(2) Chambre particulière:

- les frais de chambre particulière sont exclus de la garantie dans le cadre des hospitalisations de jour ou en service spécialisé sauf pour les options CONFORT (30 € par jour dans la limite de 30 jours par an) et BIEN ETRE (40 € par jour dans la limite de 45 jours par an) avec une limitation à 45 jours par an.

(3) Soins à l'étranger :

- Sont pris en charge les frais médicaux chirurgicaux et/ou d'Hospitalisation lors d'un séjour temporaire dans le monde entier dès lors qu'il s'agit de soins inopinés et que ces frais donnent lieu à une prise en charge par le Régime obligatoire français. Les soins inopinés s'entendent des soins qui ne font pas l'objet d'une programmation. Ils s'appliquent aux personnes qui, lors d'un séjour à l'étranger tombent malades ou se blessent et doivent de ce fait engager des dépenses médicales.

Informations 100 % Santé*

* tels que définis réglementairement

(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. Pour le remboursement de prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier 100% Santé* ou dans le panier à honoraires modérés, les remboursements sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

(b) Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale.

Les remboursements intégrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket moderateur."

(c) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances occulaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur.

Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances occulaires prévue par la réglementation en vigueur."

(d) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller. "

(e) Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

ECA-Assurances. 92-98, Boulevard Victor Hugo. BP 83. 92115 Clichy Cedex. SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S. NANTERRE B 402 430 276. Code APE 6622 Z. N° de TVA Intra-communautaire : FR31 402 430 276.
Société immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344 en qualité de Courtier en assurance (appartenant à la catégorie «b» selon l'article L.521-2 du code des assurances).
Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par l'ORIAS www.orias.fr.L'activité de courtier en assurance est placée sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459 - 75436 - Paris Cedex 09, site internet : www.acpr.banque-france.fr ;