

# EXTRACONFORT PLUS

## TABLEAU DES PRESTATIONS

Les remboursements complémentaires suivent pour l'ensemble des options de garantie le parcours d'un contrat "Responsable" selon la Loi N°2004-810 relative à l'Assurance maladie ainsi que ses décrets sauf si la mention "Contrat Non Responsable" est précisée d'adhésion.

la Loi N°2004-810 sur le certificat

### OPTIONS DE GARANTIE

ADHÉSION SANS Questionnaire de Santé

HOSPITALISATION (Y compris en maternité)	EC1	EC2	EC3	EC4	EC5
Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique conventionnée ou hôpital public	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique non conventionnée agréée, hôpital public secteur privé	100%	100%	100%	100%	100%
Autres séjours	100% maximum 60 jours (1)	100% maximum 60 jours (1)	100% maximum 60 jours (1)	100% maximum 60 jours (1)	100% maximum 60 jours (1)
Honoraires médicaux, chirurgicaux et autres actes durant le séjour en hospitalisation médicale et chirurgicale	100%	125%	150%	200%	250%
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	Néant	45 €/jour	50 €/jour	55 €/jour	75 €/jour
Lit accompagnant	Néant	12 €/jour maximum 60 jours (1)	15 €/jour maximum 60 jours (1)	18 €/jour maximum 60 jours (1)	23 €/jour maximum 60 jours (1)
Maternité – Adoption	Néant	Forfait de 100 €	Forfait de 110 €	Forfait de 125 €	Forfait de 180 €
Transport ambulance	100%	100%	100%	100%	100%
<b>DENTAIRE</b>					
Actes, Soins et Chirurgie Dentaires	100%	100%	125%	125%	150%
Prothèse dentaire – Orthodontie	100%	150%	175%	200%	250%
remboursement plafonné (1)	maximum 1 <sup>ère</sup> année			700 €	800 €
en prothèse dentaire	maximum 2 <sup>ème</sup> année			1 100 €	1 200 €
	maximum 3 <sup>ème</sup> année			1 900 €	2 100 €
	maximum années suivantes			2 200 €	2 500 €
<b>OPTIQUE</b>					
Optique médicale (2) : Verres et lentilles – Montures – Opération au laser	100%	100%	125%	150%	150%
1 <sup>ère</sup> année		+ Complément de 115 € (1)	+ Complément de 145 € (1)	+ Complément de 190 € (1)	+ Complément de 210 € (1)
2 <sup>ème</sup> année		+ Complément de 130 € (1)	+ Complément de 160 € (1)	+ Complément de 195 € (1)	+ Complément de 215 € (1)
3 <sup>ème</sup> année		+ Complément de 150 € (1)	+ Complément de 180 € (1)	+ Complément de 215 € (1)	+ Complément de 235 € (1)
4 <sup>ème</sup> année et suivantes		+ Complément de 170 € (1)	+ Complément de 195 € (1)	+ Complément de 230 € (1)	+ Complément de 250 € (1)
Opération de la myopie au laser (2)					
forfait identique au montant complémentaire optique médicale ci-dessus à partir de la 5 <sup>ème</sup> année		+ 100 € par œil	+ 150 € par œil	+ 200 € par œil	+ 250 € par œil
<b>HORS HOSPITALISATION</b>					
Consultations – Visites	100%	100%	125%	150%	200%
Pharmacie	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccins	Plafonnés à 100 € (1)	Plafonnés à 100 € (1)	Plafonnés à 100 € (1)	Plafonnés à 100 € (1)	Plafonnés à 100 € (1)
Petite chirurgie, Actes techniques médicaux	100%	125%	150%	200%	250%
Laboratoire – Radios	100%	100%	125%	150%	150%
Ostéodensitométrie	Plafonnée à 75 €	Plafonnée à 75 €	Plafonnée à 75 €	Plafonnée à 75 €	Plafonnée à 75 €
Auxiliaires médicaux – Rééducation	100%	125%	125%	125%	125%
Orthopédie, Appareillage, Prothèse autre que dentaire	100%	100% + Complément de 25 € (1)	125% + Complément de 25 € (1)	150% + Complément de 25 € (1)	200% + Complément de 25 € (1)
Hospitalisation à domicile	100%	125%	150%	200%	200%
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>					
Médecine non remboursée par le régime obligatoire	15 € par acte plafonnée à 45 € (1)	18 € par acte plafonnée à 54 € (1)	23 € par acte plafonnée à 69 € (1)	25 € par acte plafonnée à 75 € (1)	35 € par acte plafonnée à 105 € (1)
Cure thermale	Forfait de 50 € (1)	100%	100%	100% + Forfait de 100 € (1)	100% + Forfait de 120 € (1)
Soins à l'étranger	100%	100%	125%	125%	150%
Garanties assistance	Incluses	Incluses	Incluses	Incluses	Incluses
Obsèques	Néant	Indemnité de 300 €	Indemnité de 400 €	Indemnité de 550 €	Indemnité de 750 €
Exonération ou remboursement de la cotisation	Garantie	Garantie	Garantie	Garantie	Garantie
Garantie agression – Capital Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par agression	Néant	8 000 €	12 000 €	15 000 €	18 000 €

Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon la formule souscrite, les clauses et conditions du contrat.

Les pourcentages indiqués s'expriment en fonction de la base de remboursement du régime obligatoire, y compris le remboursement de celui-ci et les éventuels montants non remboursables selon la Loi N°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie ainsi que ses décrets (participation forfaitaire, franchises médicales, majoration de participation et dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins). Si le contrat est Non Responsable il faut lire "de la base de remboursement du régime obligatoire, y compris le remboursement de celui-ci, la participation forfaitaire et les franchises médicales".

Le total des remboursements complémentaires, du régime obligatoire et les prestations non prises en charge au titre du présent contrat tel que défini ci-dessus ne peut excéder les frais justifiés réellement engagés.

(1) par année civile et par assuré.

(2) les sommes complémentaires Optique médicale et Opération de la myopie ne se cumulent pas.