

JMS ASSURANCES

AFPS EFFICASANTE SENIOR

HOSPITALISATION	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5
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	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Séjours spécialisés limités à 60 jours (1)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Honoraires médicaux, chirurgicaux et autres actes durant le séjour en hospitalisation médicale ou chirurgicale	100,00%	100,00%	125,00%	175,00%	225,00%
Chambre particulière	30€/jour	40€/jour	50€/jour	60€/jour	70€/jour
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Lit accompagnant du conjoint inscrit (limité à 20 jours (1))	10€/jour	15€/jour	15€/jour	15€/jour	15€/jour
Confort Hospitalier (téléphone et/ou télévision) (limité à 20 jours (1))	•	8€/jour	8€/jour	8€/jour	8€/jour
Les plus hospi (1)	50,00 €	50,00 €	50,00 €	50,00 €	50,00 €
Transport ambulance	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Hospitalisation à domicile	100,00%	100,00%	125,00%	175,00%	225,00%
DENTAIRE	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5
Actes, Soins et Chirurgie Dentaires Prothèse dentaire	100,00%	100,00%	125,00%	175,00%	225,00%
Remboursement prothèse dentaire plafonné les deux premières années à (1)	•	•	•	700,00 €	800,00 €
Parodontologie (1)	•	50,00 €	80,00 €	150,00 €	200,00 €
OPTIQUE	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5
Optique médicale : Verres et *lentilles - Montures - Chirurgie réfractive (myopie, presbytie, hypermétropie) *precrites médicalement si refusées par le régime obligatoire (1)	70,00 €	160,00 €	180,00 €	210,00 €	260,00 €
Remboursement complémentaire pour verres progressifs (1)	•	25,00 €	50,00 €	75,00 €	100,00 €
Optique médicale : (2) si aucun remboursement n'est intervenu l'année civile précédente	85,00 €	185,00 €	220,00 €	260,00 €	340,00 €
Optique médicale : (3) si aucun remboursement n'est intervenu les 2 années civiles précédentes	100,00 €	210,00 €	260,00 €	310,00 €	420,00 €
HORS HOSPITALISATION	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5
Consultations - Visites	100,00%	125,00%	150,00%	175,00%	200,00%
Pharmacie y compris vignettes oranges	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Petite chirurgie, Actes techniques médicaux	100,00%	100,00%	125,00%	175,00%	225,00%
Laboratoire - Radios	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Auxiliaires médicaux - Rééducation	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Orthopédie, Appareillage, Prothèse autre que dentaire, Prothèse Auditive	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Complément pour orthopédie, appareillage, prothèse autre que dentaire et prothèse auditive (1)	50,00 €	100,00 €	150,00 €	200,00 €	300,00 €
PREVENTION ET BIEN-ETRE	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5
Médecines naturelles non remboursées par le Régime Obligatoire : (1) Ostéopathe, Chiropracteur, Pédicure, Podologue, Acupuncteur, Homéopathe, Consultation Psychologue. (toutes séances confondues)	•	100,00 €	125,00 €	150,00 €	180,00 €
Bilan nutritionnel (1)	•	40,00 €	40,00 €	40,00 €	40,00 €
Pharmacie ordonnancée non remboursée par le Régime Obligatoire (1) médicaments, sevrage tabagique (toutes prestations confondues)	20,00 €	20,00 €	20,00 €	30,00 €	40,00 €
Vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire	•	50,00 €	50,00 €	50,00 €	50,00 €
AUTRES PRESTATIONS	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5
Cure thermale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Complément cure thermale (1)	75,00 €	100,00 €	150,00 €	200,00 €	250,00 €
Soins à l'étranger (voir CG Territorialité)	100,00%	100,00%	100,00%	150,00%	150,00%
Garanties assistance	Incluses	Incluses	Incluses	Incluses	Incluses
Exonération et/ou remboursement de la cotisation si hospitalisation + de 9 nuits consécutives suite à un accident (4)	Garantie	Garantie	Garantie	Garantie	Garantie

Les remboursements complémentaires suivent pour l'ensemble des options de garantie le parcours d'un contrat "Responsable" selon la Loi N°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie ainsi que ses décrets sauf si la mention "Contrat Non Responsable" est précisée sur le certificat d'adhésion.

Tous les pourcentages (hors rubrique "PREVENTION ET BIEN ETRE") sont exprimés 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 autorisés d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins). Si le contrat est Non Responsable il faut lire "y compris le remboursement de celui-ci, la participation forfaitaire et les franchises médicales".

(1) par année civile et par assuré.

(2) par année civile et par assuré, à condition qu'il n'ait pas eu de remboursement "optique" l'année civile précédente.

(3) par année civile et par assuré, à condition qu'il n'ait pas eu de remboursement "optique" durant deux années civiles consécutives.

(4) réservés aux assurés non bénéficiaires de la "loi Madelin".

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

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