

# JMS ASSURANCES

## AMIS SANTHIA

HOSPITALISATION (1)	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
<b>En établissement conventionné</b>							
Frais de séjour honoraires des chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, transfusion sanguine, salle d'opération	100,00%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	100,00%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (2) (jusqu'à 150 €/jour)	•	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Lit d'accompagnant pour un enfant de moins de 10 ans hospitalisé (jusqu'à 10 jours/an)	•	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
En établissement non conventionné	100,00%	150,00%	150,00%	150,00%	150,00%	150,00%	150,00%
SOINS COURANTS	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie, analyses - Appareils auditifs, orthopédie - Actes d'auxiliaires médicaux - Transport du malade - Hospitalisation à domicile	100,00%	100,00%	100,00%	125,00%	150,00%	200,00%	300,00%
PHARMACIE	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Médicaments vignette blanche (remboursés par la Sécurité Sociale à 65%)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Médicaments vignette bleue et homéopathie (remboursés par la Sécurité Sociale à 30%)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Médicaments vignette orange (remboursés par la Sécurité Sociale à 15%)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
OPTIQUE	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Consultations, soins et rééducation	100,00%	100,00%	100,00%	125,00%	150,00%	200,00%	300,00%
Verres, montures, lentilles acceptés par le RO	100,00%	•	•	•	•	•	•
<b>Forfait optique par an et par assuré</b> -Verres et montures acceptés par le RO -Lentilles (remboursées ou non par le RO) -Intervention au laser pour myopie							
1ere et 2eme année d'assurance	•	50,00 €	80,00 €	120,00 €	160,00 €	200,00 €	310,00 €
3eme et 4eme années d'assurance	•	50,00 €	100,00 €	140,00 €	180,00 €	220,00 €	340,00 €
A partie de la 5ème année d'assurance	•	50,00 €	120,00 €	160,00 €	200,00 €	240,00 €	370,00 €
DENTAIRE	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Consultations et soins dentaires	100,00%	100,00%	100,00%	125,00%	150,00%	200,00%	300,00%
<b>Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par le RO</b>							
1ere et 2eme années d'assurance	100,00%	100,00%	130,00%	160,00%	200,00%	240,00%	300,00%
3eme et 4eme années d'assurance	100,00%	100,00%	145,00%	180,00%	220,00%	260,00%	320,00%
A partie de la 5eme année d'assurance	100,00%	100,00%	160,00%	200,00%	240,00%	280,00%	340,00%
<b>Plafond prothèses dentaires par an et par assuré :</b>							
1ere et 2eme années	500,00 €	600,00 €	700,00 €	800,00 €	1 000,00 €	1 500,00 €	1 800,00 €
AUTRES PRESTATIONS	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
<b>CURE THERMALE</b>							
Soins remboursés par le RO	100,00%	100,00%	100,00%	125,00%	150,00%	200,00%	300,00%
+ Forfait par an et par assuré	•	•	100,00 €	120,00 €	150,00 €	175,00 €	200,00 €
MATERNITE Forfait Maternité et adoption	•	•	100,00 €	125,00 €	160,00 €	200,00 €	240,00 €
SEVRAGE TABAGIQUE Forfait sevrage tabagique annuel (3)	50,00 €	50,00 €	50,00 €	50,00 €	50,00 €	50,00 €	50,00 €
FRAIS D'OBSEQUES Forfait versé en cas de décès avant l'âge de 70 ans	•	500,00 €	500,00 €	500,00 €	500,00 €	750,00 €	750,00 €
ASSISTANCE Assistance au quotidien	•	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse
GARANTIE BIEN ETRE (4) Oui, si souscription d'un pack Optique-Dentaire	•	Option	Option	Option	Option	Option	100,00 €
PREVENTION Actes de prévention du contrat responsable	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse
TIERS PAYANT	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
DECOMPTE EN LIGNE	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
AMIS SANTHIA : OPTION PACK OPTIQUE-DENTAIRE ET BIEN-ETRE				NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
<b>OPTIQUE</b>	Renfort Forfait Optique à appliquer sur le montant de votre forfait annuel de base, Quelle que soit l'ancienneté de l'adhésion			20,00 €	40,00 €	60,00 €	80,00 €
<b>DENTAIRE</b>	Renfort Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par votre Régime Obligatoire En complément de votre remboursement de base et dans la limite du plafond annuel Fixé pour la formule de garantie			20,00%	40,00%	60,00%	80,00%
<b>DENTAIRE PLUS</b>	Prothèses dentaires non remboursées par votre Régime Obligatoire (implants dentaires, prothèses provisoires) sur présentation d'une facture acquittée Détaillée. Maximum par an et par assuré :			100,00 €	200,00 €	300,00 €	400,00 €
<b>GARANTIE BIEN-ETRE</b>	Vaccins, bilan diététique, homéopathie, actes d'ostéopathe et de chiropracteur, Non pris en charge par votre Régime Obligatoire			50 € par an	100 € par an	150 € par an	200 € par an

Toutes les garanties décrites s'entendent par application des conditions générales n° 30598-0611 du produit et annexe descriptive n° 30600-0611.

7 formules au choix sans questionnaire médical

\*Le montant de notre remboursement est exprimé dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Les pourcentages sont exprimés sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale (en vigueur au 1er juin 2011), moins le remboursement de votre Régime Obligatoire (RO), si celui-ci est non nul. Les prestations sont toujours servies dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire. Lorsque le montant de l'acte médical est supérieur à 120 euros, votre Régime Obligatoire retient une franchise de 18 euros. Cette franchise est prise en charge par votre complémentaire Santhia.

\*\*La contribution forfaitaire retenue par le Régime Obligatoire, ainsi que les franchises médicales restent à la charge de l'Assuré social.

(1) Sauf causes d'exclusions visées aux conditions générales réf. 30598-0611.

(2) La chambre particulière est remboursée au tarif prévu dans l'établissement, dans la limite journalière de 150 euros. Notre remboursement concerne la chambre elle-même et exclut les services annexes : télévision, téléphone, suppléments alimentaires...

(3) Remboursement des traitements nicotiques de substitution (patches, comprimés, gommes) en complément du remboursement du Régime Obligatoire.

(4) Bien-être : actes non pris en charge par le Régime Obligatoire (homéopathie, chiropracteur, étio-pathe, ostéopathe, pédicure, podologue, bilan diététique, vaccins).