

POLICE MALADIE AMARIZ SANTE
ASSURANCE MALADIE AU PREMIER EURO OR

TABLEAU DES GARANTIES

GARANTIES POUR LES FRAIS ENGAGES DANS L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN
et en dehors de cette zone pour tout séjour n'excédant pas trois (3) mois sauf indication contraire

Base de remboursement : la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale Française (BRSS)
sauf indication contraire

Limitation : EUR 1 250 000 chaque Personne Assurée chaque Année d'Assurance

PRESTATION	NIVEAU DE REMBOURSEMENT
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux, analyses, radiologie, actes médicaux courants, et auxiliaires médicaux	100 % de la BRSS
Honoraires de médecins non-conventionnés	100 % de la BRSS
Consultations des psychologues et psychothérapeutes	100 % de la BRSS
Consultations des podologues	Forfait : EUR 27,00 par consultation (Limitation : maximum de 6 consultations chaque Personne Assurée chaque Année d'Assurance)
Consultations des diététiciens	Forfait : EUR 20,00 par consultation (Limitation : maximum de 4 consultations chaque Personne Assurée chaque Année d'Assurance)
Pharmacie	100 % de la BRSS
HOSPITALISATION	
Honoraires médicaux et chirurgicaux et frais de séjour en milieu hospitalier	100 % de la BRSS
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Chambre particulière *	100 % des frais réels
MATERNITE (mère assurée)	
Grossesse et accouchement	100 % de la BRSS
Naissance ou adoption	EUR 275,00 (indemnités forfaitaires)
APPAREILLAGE, PROTHESES, TRANSPORT	
Appareillage	150 % de la BRSS
Orthopédie, prothèses auditives	150 % de la BRSS
Transport	150 % de la BRSS
OPTIQUE	
Verres	750 % de la BRSS
Frais de monture	Maximum de EUR 200,00 chaque Personne Assurée chaque Année d'Assurance
Lentilles de contact	150 % de la BRSS
Chirurgie de la myopie, presbytie, hypermétropie, astigmatisme	Forfait : EUR 220,00 par oeil
DENTAIRE	
Soins dentaires	100 % de la BRSS
Orthodontie et prothèses dentaires acceptées	250 % de la BRSS Limitation : EUR 1 525,00 chaque Personne Assurée chaque Année d'Assurance (mais EUR 765,00 la première Année d'Assurance)
Implantologie	Forfait : EUR 400,00 chaque Personne Assurée chaque Année d'Assurance

PRESTATION	NIVEAU DE REMBOURSEMENT
MEDECINES DOUCES	
Cures thermales acceptées	100 % de la BRSS
Homéopathie médicalement prescrite : Honoraires médicaux Pharmacie	100 % de la BRSS 100 % de la BRSS ou 100 % des frais réels déterminés par un médecin ou pharmacien
Ostéopathie, acupuncture, chiropractie, sophrologie, étio-pathie, aromathérapie, hypnose, réflexologie : Consultations	Forfait : EUR 30,00 par consultation Limitation : maximum de 7 consultations par spécialité chaque Personne Assurée chaque Année d'Assurance Maximum de EUR 400,00 par spécialité chaque Personne Assurée chaque Année d'Assurance
Soins	
PRESTATION	NIVEAU DE REMBOURSEMENT
FRAIS D'OBSEQUES	
Frais d'obsèques où le décès survient dans n'importe quel pays du monde pendant l'Année d'Assurance	EUR 1 525,00 (indemnités forfaitaires) chaque Personne Assurée
INDEMNITES JOURNALIERES	
Indemnités journalières en cas d'hospitalisation de 4 nuits consécutives ou plus (uniquement pour les Personnes Assurées âgées de moins de 76 ans le jour d'entrée à l'hôpital)	Indemnités forfaitaires : EUR 40,00 par jour de la 4 ^{ème} à la 50 ^{ème} nuit consécutive à l'hôpital Indemnités forfaitaires : EUR 80,00 par jour de la 51 ^{ème} à la 365 ^{ème} nuit consécutive à l'hôpital Le montant de l'indemnité est réduit de moitié pour les enfants âgés de 15 ans ou moins le jour d'entrée à l'hôpital

*** Tous les frais d'accommodations personnelles tels que l'utilisation du téléphone, l'eau et la télévision sont exclus**

La totalité des actes inscrits à la nomenclature des actes professionnels de la Sécurité Sociale Française donnent lieu à un remboursement de la présente Police, sauf les exclusions indiquées dans l'Article 4 de la Police. Après déduction d'éventuels paiements de prestations d'autres Assureurs, remboursements ou prises en charge de toute autre source, cette Police remboursera jusqu'aux niveaux de remboursement et limitations pour chaque Personne Assurée pour chaque Année d'Assurance indiqués dans les Tableaux des Garanties, mais ne pourra pas dépasser le montant des frais réellement engagés par la Personne Assurée ou le Souscripteur pour les enfants à charge couverts par cette Police ou le Souscripteur/la succession de la Personne Assurée décédée par rapport aux frais d'obsèques.

INFORMATIONS SUR LES COTISATIONS

- Tarif familial : La cotisation familiale est valable pour une famille assurée comprenant deux (2) adultes et deux (2) enfants ou plus de moins de vingt-et-un (21) ans.
- Enfants nouveaux-né : les enfants nouveaux-né d'un Souscripteur cotisant depuis plus de trois (3) mois et qui sont inscrits dans les deux (2) mois de leur naissance, n'ont pas de période d'attente ni de questionnaire médical ; mais la cotisation les concernant est due avec effet rétroactif (depuis la naissance).
- Enfants Nouveaux-né Prématurés : pour les enfants Nouveaux-né Prématurés d'un Souscripteur cotisant depuis plus de trois (3) mois, la garantie sera limitée aux soins effectués pendant un maximum de quatorze (14) jours à partir de la date de naissance, à condition qu'une demande d'adhésion ait été complétée pour l'enfant au plus tard quatorze (14) jours après sa naissance. Aucune autre prestation ne sera versée aux enfants Nouveaux-né Prématurés jusqu'à ce qu'une période de trente (30) jours suivant la sortie de l'hôpital soit écoulée, à tel moment les garanties et règles choisies s'appliqueront.
- Enfants de plus de vingt (20) ans : à partir de leur vingtième (20^{ème}) anniversaire, les enfants pourront souscrire leur propre police d'assurance.
- Pour une famille assurée, la cotisation est gratuite à partir du troisième enfant.

La cotisation est en fonction de l'âge au moment de la demande d'adhésion. Après vingt (20) ans, la Personne Assurée garde sa classe d'âge au fur et à mesure que les années passent.

L'Assureur peut majorer les cotisations ou imposer des conditions pour tenir compte de l'état de santé de la Personne Assurée indiqué sur la demande d'adhésion ou révélé par un examen médical au moment de la demande d'adhésion à cette assurance.

Une réduction de 10 % est appliquée sur le tarif annuel de base pour les étudiants.

Une réduction de 5 % sera allouée pour les cotisations payées annuellement.

EXCLUSION FRAIS MEDICAUX SUITE ACCIDENT :

Une réduction de 15 % sur la cotisation de base sera appliquée, et le remboursement des frais médicaux suite à Accident sera exclu de la présente Police, si de tels frais médicaux sont déjà couverts par une assurance obligatoire souscrite par la Personne Assurée en vertu de son contrat de travail qui couvre les accidents professionnels et non professionnels.

Veuillez noter que, comme la Police AMARIZ SANTE est basée sur la Base de Remboursement ou Tarif de Convention de la Sécurité Sociale Française, les actes qui ne sont pas inscrits à la nomenclature des actes professionnels ou qui sont effectués par un fournisseur de soins 'non-conventionné' ne seront pas remboursés, sauf indication contraire dans le Tableau des Garanties.