

ENVERGURE PLUS FAMILLE

DETAIL DES GARANTIES

ENV3

HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTETRIQUE	
Actes médicaux et de spécialités	400 % de la B.R.
Frais de séjour établissements conventionnés	100 % des F.R
Forfait Hospitalier	100 % du forfait en vigueur
Chambre particulière/jour	70.00 €
Confort hospitalier (Télévision et téléphone)/jour	12.00 €
Lit accompagnant d'enfant de mois de 1 an	50.00 €
Transport	175 % de la B.R.
CONSULTATIONS, VISITES, AUXILIAIRES MEDICAUX, ANALYSES, RADIOLOGIE, ACTES DE SPECIALITES.	
Actes conventionnés	400 % de la B.R.
APPAREILLAGE	
Autres prothèses, Orthopédie, Appareillage, Prothèse auditive...	400 % de la B.R.
OPTIQUE : FORFAIT OPTIQUE, VALABLE POUR 2 ANNEES CIVILES, ET EN PLUS DU R.O.	
Par adultes bénéficiaires	470.00 €
Par enfants bénéficiaires du contrat des parents	330.00 €
CHIRURGIE REFRACTIVE DE L'OEIL : LIMITEE A 50% DU FORFAIT PAR OEIL AU PRORATA DE LA DATE D'EFFET LA PREMIERE ANNEE	
Forfait sur 3 ans et par bénéficiaire de	700.00 €
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES : PLAFOND* GLOBAL DE L'ENSEMBLE DU POSTE DENTAIRE DE 1200€ LA 1ERE ANNEE, 1800€ LA 2EME, 3000€ LA 3EME ET LES SUIVANTES	
Soins Dentaires - Inlays/Onlays	450 % de la B.R.
Inlays Core	300 % de la B.R.
Prothèse acceptée SS	470 % de la B.R.
Orthodontie acceptée SS	470 % de la B.R.
Implantologie et prothèse HN (Forfait triennal dans la limite des frais réels au prorata de la date d'effet la 1ère année)	1000.00 €
ACTES HORS NOMENCLATURE : PAR CONSULTATIONS ET DANS LA LIMITE DE 3 CONSULTATIONS PAR BENEFICIAIRE ET PAR AN POUR L'ENSEMBLE DES ACTES	
Chiropractie, Acupuncture, Ostéopathie, Etiopathie, Médecine chinoise, Naturopathie, Réflexologie, Shiatsu, Sophrologie, Kinésiologie.	45.00 €
AUTRES	
Pharmacie remboursée	100 % du T.M.
Pharmacie non remboursée (sur prescription médicale)	50.00 €
Cures thermales acceptées SS	600.00 €
Forfait maternité et adoption (doublé en cas de naissance gémellaire et au prorata de la date d'effet) en sus des garanties hospitalisation prestation acquise uniquement si la mère est bénéficiaire du contrat.	400.00 €
Participation forfaitaire sur certains actes d'un tarif légal supérieur à 91€	18.00 €
Prévention : Détartrage, vaccination, ostéodensitométrie	100 % de la B.R.
Assistance	Oui

Informations complémentaires :

Montures, verres, lentilles remboursées

La mutuelle ne prend en charge ni la participation forfaitaire de 1 €, ni les dépassements et majorations découlant du non respect du parcours de soins

B.R. : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - R.O. Régime Obligatoire - F.R. Frais Réels - T.M. Ticket Modérateur

Tiers payant généralisé

* **Plafond dentaire** : Le prorata du plafond est appliqué la première année entre la date d'effet et le 31 décembre. Il est ensuite revalorisé au 1er janvier qui suit le douzième mois d'adhésion.

* **Forfait Optique** : Au prorata de la date d'effet au 31/12, en année 1. Supplément de 50% a/c du 1er janvier de l'année 3 de l'adhésion, si pas de remboursements dans l'intervalle.