

**PRESTATIONS**
au 01/07/2011**<< GARANTIE PRIMO OPTION >> (Souscription avant 60 ans)**

Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie (R.O.A.M.) Français.

Les remboursements Régime Obligatoire d'Assurance Maladie + Mutuelle Verte sont limités aux frais réels.

Ne pourront donner lieu à remboursement :

- les franchises et participations forfaitaires,
- la majoration de la participation de l'assuré ainsi que les dépassements d'honoraires pour les actes réalisés en dehors du parcours de soins coordonné (sans prescription du médecin traitant).

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (2.946 Euros au 1er janvier 2011)

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS		
	Régime de Base	Complémentaire	Total
HONORAIRES MEDICAUX - Consultation, visite, radios (1)	70 %	30 %	100 %
PHARMACIE (2) - Vignettes bleues (1) - Vignettes blanches (1) - Vignettes orange (1)	30 % 65 % 15 %	70 % 35 % 85 %	100 % 100 % 100 %
ANALYSES (1)	60 %	40 %	100 %
AUXILIAIRES MEDICAUX (1)	60 %	40 %	100 %
TRANSPORTS	65 %	35 %	100 %
HOSPITALISATION MEDICALE ET PSYCHIATRIE (3) - Honoraires et séjour - Forfait journalier hospitalier (4) - Chambre particulière (5)	80% ou 100% - -	20 %/0 % 100 % 46 Euros/Jour maxi	100 % max 100 % 46 Euros/Jour maxi
HOSPITALISATION CHIRURGICALE (3) - Honoraires et séjour - Chambre particulière (durée illimitée) - Forfait journalier hospitalier (durée illimitée)	80% ou 100% - -	20 %/0 % 46 Euros/Jour maxi 100 %	100 % max 46 Euros/Jour maxi 100 %
PREVENTION (1) - Détartrage annuel complet sus- et sous-gingival - Vaccins (6)	70 % 60%/70%	30 % 40% / 30%	100 % 100 %
FORFAIT ACTES LOURDS (18 Euros) (7)		100% du Forfait	100% du Forfait
MUTUELLE VERTE ASSISTANCE 24 h / 24 h 7 j / 7 j		OUI	OUI

- (1) Au delà d'une franchise globale par année civile et par bénéficiaire de 183 Euros.
- (2) En cas d'application du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (T.F.R.) par l'Assurance Maladie Obligatoire, le remboursement complémentaire s'effectuera sur la même base (TFR).
- (3) Hors soins externes. Les soins externes font l'objet d'un remboursement suivant la nature de l'acte.
- (4) Forfait journalier hospitalier (selon tarifs en vigueur) illimité en médecine. Limité à 90 jours en maison de repos et de convalescence, à 30 jours en psychiatrie (par année civile et par bénéficiaire).
- (5) Chambre particulière limitée à 90 jours en médecine, maison de repos et convalescence, à 30 jours en psychiatrie (par année civile et par bénéficiaire).
- (6) Liste des vaccinations pouvant être prises en charge par votre garantie: Diphtérie tétanos et poliomyélite, Coqueluche, Hépatite B,BCG, Rubéole, Haemophilus influenza B et vaccination contre les infections invasives à pneumocoques.
- (7) Nous prenons intégralement en charge le forfait dans le cadre d'une hospitalisation. Dans le cadre des soins de ville, le forfait entre dans le calcul de la franchise. Dans ce cas, il sera donc remboursé dans les conditions définies au (1).