

**Demande d'adhésion immédiate,
Sans questionnaire de santé, ni délai d'attente**



Complémentaire santé

Elita santé

**Elita
santé**

Adhésion sans limite d'âge

20150904_ELITA_SANTE

	Elita 1	Elita 2	Elita 3	Elita 4	Elita 5
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE					
Forfait hospitalier journalier illimité (sauf EMS)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Honoraires hospitalisation (médecins, chirurgiens, anesthésiste)					
Honoraires secteur conventionné ayant adhéré au CAS	120 %	130 %	210 %	260 %	350 %
Honoraires secteur conventionné n'ayant pas adhéré au CAS	100 %	110 %	190 %	200 %	200 %
Honoraires secteur non conventionné	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait légal des actes K ≥ 60 ou > 120 €	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de séjour secteur conventionné (1)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière secteur conventionné y compris maternité (2)	35 € par jour	50 € par jour	70 € par jour	80 € par jour	90 € par jour
Frais de séjour secteur non conventionné	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Frais d'accompagnement enfant < à 16 ans (3)	15 € par jour	30 € par jour	35 € par jour	40 € par jour	50 € par jour
Frais d'accompagnement adultes > à 70 ans (3)	15 € par jour	30 € par jour	35 € par jour	40 € par jour	50 € par jour
HONORAIRES ET SOINS MÉDICAUX COURANTS - SOINS DE VILLE					
Consultations, visites des généralistes (4)					
Médecins ayant adhéré au CAS	120 %	130 %	210 %	260 %	350 %
Médecins n'ayant pas adhéré au CAS	100 %	110 %	190 %	200 %	200 %
Consultations, visites des spécialistes (4) (hors CNPSY et VNPSY)					
Médecins ayant adhéré au CAS	120 %	130 %	210 %	260 %	350 %
Médecins n'ayant pas adhéré au CAS	100 %	110 %	190 %	200 %	200 %
CNPSY et VNPSY et traitements par psychothérapie ou psychanalyse					
Spécialistes ayant adhéré au CAS	120 %	130 %	210 %	260 %	350 %
Spécialistes n'ayant pas adhéré au CAS	100 %	110 %	190 %	200 %	200 %
Actes techniques médicaux					
Spécialistes ayant adhéré au CAS	120 %	130 %	210 %	260 %	350 %
Spécialistes n'ayant pas adhéré au CAS	100 %	110 %	190 %	200 %	200 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale					
Spécialistes ayant adhéré au CAS	120 %	130 %	210 %	260 %	350 %
Spécialistes n'ayant pas adhéré au CAS	100 %	110 %	190 %	200 %	200 %
Forfait légal des actes K ≥ 60 ou > 120 €	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Biologie médicale	120 %	130 %	210 %	260 %	350 %
Auxiliaires médicaux	120 %	130 %	210 %	260 %	350 %
Transport ambulance accepté par l'AMO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
PHARMACIE					
Médicaments remboursés par l'AMO (y compris homeopathie)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
FRAIS DENTAIRE (5)					
Consultation, Soins dentaires remboursés par l'AMO	100 %	150 %	270 %	350 %	450 %
Inlay-Onlay	100 %	150 %	270 %	350 %	450 %
Inlay-Core remboursés par l'AMO (*) (par prothèse)	100 %	150 %	270 %	350 %	450 %
Prothèses dentaires remboursées par l'AMO (*) (par prothèse)	100 %	150 %	270 %	350 %	450 %
Forfait Implantologie et Parodontologie non remboursés par l'AMO (maxi 2/an/assuré)	100 €	150 €	250 €	350 €	350 €
Prothèses dentaires non remboursées par l'AMO (*)	100 %	150 %	270 %	350 %	450 %
Orthodontie remboursée par l'AMO (*)	100 %	150 %	270 %	350 %	450 %
Autres actes dentaires remboursés par l'AMO (*) (IMP,TDS, ect... devis préalable obligatoire)	100 %	150 %	270 %	350 %	450 %
(*) Plafond dentaire annuel	800 €	900 €	1 000 €	1 200 €	1 400 €
FRAIS D'OPTIQUE					
Équipement (2 verres simples + monture prise en charge par l'AMO) (6)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
+ Forfait complémentaire verre complexe et/ou très complexe	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Forfait lentilles et lentilles jetables prescrites prises en charge ou non par l'AMO	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Chirurgie réfractive (plafond par an et par oeil)	60 €	80 €	100 €	170 €	240 €

20150904_ELITA_SANTE

	Elita 1	Elita 2	Elita 3	Elita 4	Elita 5
FORFAIT CURE THERMALE					
Cure thermale remboursée par l'AMO dont TM (sur la base d'une cure de 21 jours)	Plafond 100 €	Plafond 200 €	Plafond 300 €	Plafond 400 €	Plafond 500 €
NAISSANCE / ADOPTION					
Allocation naissance ou adoption (enfant <10 ans) (7)	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €
APPAREILLAGE					
Prothèses auditives prises en charge par l'AMO (8)	100 %	150 %	250 %	350 %	450 %
Orthopédie (9)	100 %	150 %	250 %	350 %	450 %
Petit appareillage (9)	100 %	150 %	250 %	350 %	450 %
Fauteuil roulant (10)	100 €	400 €	400 €	400 €	400 €
PACK PREVENTION					
Vaccins anti-grippe remboursés ou non remboursés par l'AMO	Plafond 12 €	Plafond 12 €	Plafond 12 €	Plafond 12 €	Plafond 12 €
Ostéodensitométrie remboursée par l'AMO	100 %	150 %	270 %	350 %	450 %
Ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO	Plafond 40 €	Plafond 40 €	Plafond 40 €	Plafond 40 €	Plafond 40 €
Détartrage annuel	100 %	150 %	270 %	350 %	450 %
Actes de praticiens médecine complémentaire (limité à 2 séances par an)					
- Ostéopathe	10 € / séance	10 € / séance	20 € / séance	25 € / séance	30 € / séance
- Etiopathe					
- Chiropracteur					
- Acupuncteur					
NOS SERVICES					
Délai d'attente	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Questionnaire médical	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Remboursements automatisés (télétransmission des décomptes)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Tiers payant national	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Prise en charge: Hopital, Clinique, Opticien	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Devis: Optique et Dentaire	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Espace personnel sur site internet	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Les prestations décrites dans le tableau ci-dessus sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou sous la forme de montants forfaitaires en euros. La base de remboursement des praticiens et honoraires non conventionnés est le tarif d'autorité. A titre d'exemple, le Tarif d'autorité d'une consultation chez un spécialiste en 2015 est de 1,22 € (source Ameli.fr). Elles incluent le remboursement de la Sécurité sociale. L'ensemble des prestations s'entend dans la limite des frais réellement engagés. Les formules de garantie de cette garantie sont dites solidaires et s'inscrivent dans le cadre des contrats responsables, tels que prévus aux articles L871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. En conséquence, les pénalités financières appliquées par le Régime Obligatoire sur les remboursements des consultations et actes médicaux réalisés en dehors du parcours de soins ainsi que les contributions et franchises médicales restent à la charge de l'assuré. Les garanties de cette garantie interviennent sur chacune de vos dépenses de santé ayant fait préalablement l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Les dépenses de santé non remboursées par la Sécurité sociale ne font l'objet d'une prise en charge que s'il en est fait expressément mention dans le tableau de garanties ci dessus.

Votre contrat est responsable : vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ». Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur. Les forfaits et plafonds de garanties figurant dans ce tableau ne sont valables qu'une fois par an et par bénéficiaire. Ils ne peuvent donc pas être reportés d'une année sur l'autre sauf mention spéciale.

(1) : Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La télévision est prise en charge après une franchise de 10 jours / hospitalisation dans la limite de 2 € / jour. (2) : Prise en charge limitée à 180 j / an en hospitalisation, 30 j / an en psychiatrie. (3) : Maximum 15 j / an. (4) : Pour le secteur non conventionné, la base de remboursement est le tarif d'Autorité et les remboursements sont plafonnés à 90% des frais réels. (5) : En cas de dépassement du forfait annuel, le TM est appliqué en vertu du décret du 18/11/2014 n°2014 1374 (6) : **Verre simple** : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries - **Verre complexe** : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verre multifocal ou progressif - **Verre très complexe** : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries. Les montants indiqués incluent la prise en charge du ticket modérateur. La prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. La monture est limitée à 150 euros au sein du remboursement de l'équipement global. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement. (7) : Versée à l'inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou son adoption). Elle est doublée en cas de naissance multiple. (8) : Limite maximum d'un équipement (2 oreilles) est prévu tous les 2 ans, excepté pour les enfants de moins de 18 ans qui peuvent bénéficier d'un autre équipement supplémentaire dans ce délai de 2 ans en cas de modification de leur audition. ; (9) : Corset, ceinture, genouillère, plâtre, chaussures, cannes anglaises, lit médical, postiche, seringue, etc. (10) : Limité à un remboursement par an et à 1 000 € par remboursement.

FR : Frais Réels - BR : Base de Remboursement. Tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement. - ALD : Affection de Longue Durée - EMS : Etablissement Médicaux Sociaux - AMO : Assurance Maladie Obligatoire - SS : Sécurité Sociale - TM : Ticket Modérateur - CNPSY - VNPSY : Consultation et Visite à domicile pour les Psychiatres, Neuro-Psychiatres, neurologues. CAS : Contrat d'Accès aux Soins conclu entre l'Assurance maladie et les médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1. La liste des praticiens signataires du Contrat d'Accès aux Soins est disponible sur www.ameli.fr

PRISE EN CHARGE DE VOS REMBOURSEMENTS

Des garanties complètes sur les postes essentiels.

- Des remboursements d'honoraires médicaux et chirurgicaux allant jusqu'à 350% de la base de remboursement.
- La prise en charge de vos séances d'osthéopathie, Etiopathe, chiropracteur et acupuncteur.
- Le remboursement à 100% BR de tous les médicaments et homéopathie prise en charge par l'AMO.
- Vos prothèses auditives remboursées jusqu'à 450% de la base de remboursement.
- Profitez d'un forfait annuel jusqu'à 500€ de remboursement pour votre cure thermale.



Consultation, Visite

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, vous consultez un médecin généraliste conventionné adhérent au Contrat d'Accès aux Soins (secteur 2) pratiquant des dépassements d'honoraires.

FR		Montant de ma dépense : 40 €		
BR		23 €		
E1	AMO	70% BR = 15,10€	100% BR = 6,90€	RAC = 17,00€
E2	AMO	70% BR = 15,10€	125% BR = 12,65€	RAC = 11,25€
E3	AMO	70% BR = 15,10€	150% BR = 18,40€	RAC = 5,50€
E4	AMO	70% BR = 15,10€	200% BR = 23,90€*	
E5	AMO	70% BR = 15,10€	300% BR = 23,90€*	

Participation forfaitaire de 1€ à la charge de l'assuré



Optique

Vous êtes un adulte, et vous devez remplacer vos lunettes de vue

Cet exemple vaut pour 2 Verres complexes (verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries) pour un montant de 125 € par verre et une monture au tarif de 100 €.

Base de remboursement de l'AMO :

POUR LE VERRE DROIT	POUR LE VERRE GAUCHE	POUR LA MONTURE
6,86€	6,86€	2,84€

FR		Montant de ma dépense : 350 €		
BR		16,56 €		
E1	AMO	60% BR = 9,94€	Forfait 100€ + 100€	RAC = 140,06€
E2	AMO	60% BR = 9,94€	Forfait 150€ + 100€	RAC = 90,06€
E3	AMO	60% BR = 9,94€	Forfait 200€ + 100€	RAC = 40,06€
E4	AMO	60% BR = 9,94€	Forfait 250€ + 100€*	
E5	AMO	60% BR = 9,94€	Forfait 300€ + 100€*	

(*) Le remboursement ne pourra jamais excéder la dépense réelle



Prothèse dentaire

Vous consultez un dentiste pour une prothèse dentaire

Exemple pour une prothèse dentaire fixe en céramique prise en charge par l'AMO.

FR		Montant de ma dépense : 350 €		
BR		107,50 €		
E1	AMO	70% BR = 75,25€	100% BR = 32,25€	RAC = 242,50€
E2	AMO	70% BR = 75,25€	150% BR = 86,00€	RAC = 188,75€
E3	AMO	70% BR = 75,25€	270% BR = 215,00€	RAC = 59,75€
E4	AMO	70% BR = 75,25€	350% BR = 301,00€*	
E5	AMO	70% BR = 75,25€	450% BR = 408,50€*	

Formules de garanties : E1 = Elita 1, E2 = Elita 2, E3 = Elita 3, E4 = Elita 4, E5 = Elita 5

AMO : Montant pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire

Montant remboursé par votre complémentaire santé

RAC : Montant restant à votre charge

Montant restant à votre charge en supplément de votre reste à charge (RAC)

Frais Réels : Montant dépensé pour vos soins.

BR : Base de Remboursement - Retrouvez toutes les bases de remboursement sur le site de l'assurance Maladie - www.ameli.fr

Les exemples de remboursements donnés ici sont dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Ils sont donnés à titre indicatif et les montants de prise en charge varient en fonction de la garantie et de l'option de la complémentaire santé et de l'assureur.

LIBERTÉ DE SOUSCRIPTION

- Aucune sélection selon votre situation de santé
- Aucun délai d'attente
- Aucun questionnaire de santé
- Prise en charge immédiate des frais courants de santé

COTISATIONS

- Des cotisations calculées au plus juste
- Gratuité au delà du 2^{ème} enfant

GARANTIES

Toutes nos formules sont étudiées pour répondre au mieux à chacun de vos besoins.

Nous vous accompagnons au quotidien dans toutes vos démarches de santé : Simulations de remboursement, analyse de vos devis dentaire et optique.

TIERS PAYANT

Grâce à votre **carte de tiers payant**, bénéficier des soins **sans avance d'argent**.

Hôpital, clinique, pharmacie, auxiliaires médicaux, radiologie, laboratoire, ambulanciers sont réglés directement par votre complémentaire santé en fonction des accords signés (voir explications de télétransmission)

REMBOURSEMENTS

Dans la majorité des cas, vous n'avez pas de décompte à nous adresser (Liaison informatique avec les caisses primaires d'assurance maladie).

Vos remboursements de prestations sont versés directement sur votre compte sous **48 heures**.

CÔTÉ OPTIQUE

Votre satisfaction, c'est notre priorité.

Car l'écoute est importante, même en optique, bénéficiez des conseils et du savoir-faire de votre opticien pour vos remboursements.



La télétransmission via votre carte Vitale

Lorsqu'un patient se rend chez un professionnel de santé équipé du système SESAM-Vitale, celui-ci lui présente sa carte Vitale.

Grâce à ce système, plus de feuilles de soins à remplir et à renvoyer. La transmission des feuilles de soins se font automatiquement par voie électronique. Le patient bénéficiera alors d'un premier remboursement de frais par l'Assurance Maladie.

En secteur conventionné, cette télétransmission se fait également pour les remboursements auprès de votre mutuelle.

La caisse d'Assurance maladie envoie ensuite le décompte des prestations à ADP Courtage Plus. Une fois le décompte reçu par télétransmission, l'assuré peut obtenir par l'assureur, sans intervention de sa part, le remboursement de la partie complémentaire santé en fonction des garanties souscrites.

La télétransmission via votre Carte de Tiers Payant

Lorsqu'un patient se rend chez un professionnel de santé acceptant la Carte de Tiers Payant.

Celui-ci lui présente sa **carte de Tiers Payant**.

Grâce à ce système, plus de factures de soins à renvoyer à votre mutuelle. La transmission se fait automatiquement par voie électronique.

Le patient bénéficiera alors du **remboursement automatique** de la partie complémentaire santé en fonction des garanties souscrites (voir exemples de remboursements).

Si le professionnel n'accepte pas cette carte de Tiers Payant, il vous fournira une **facture de soins que vous devrez renvoyer à votre mutuelle** afin d'être remboursé de la partie prise en charge par votre complémentaire santé.



contact@adpgroup.fr
www.adpgroup.fr



Votre centre de gestion

 www.cergap.fr

 gestion.adp@cergap.fr

 02 37 30 81 38

