

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



Complémentaire santé

Ordelys santé senior

**Ordelys
santé senior**

Adhésion à partir de 55 ans

20150706_Ordelys_Sante_senior

HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (Y COMPRIS MATERNITÉ)

| | Ordelys 1 | Ordelys 2 | Ordelys 3 | Ordelys 4 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Honoraires hospitalisation (médecins, chirurgiens, anesthésistes) | | | | |
| - Honoraires secteur conventionné ayant adhéré au CAS | 100% | 125% | 150% | 200% |
| - Honoraires secteur conventionné n'ayant pas adhéré au CAS | 100% | 105% | 130% | 180% |
| Frais de séjour secteur conventionné | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR |
| Frais de séjour secteur non conventionné | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Forfait hospitalier journalier | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR |
| Participation forfaitaire de 18 € | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR |
| Chambre particulière (à l'exclusion de l'hospitalisation de jour et des séjours en service spécifique) | 10 € par jour | 20 € par jour | 30 € par jour | 40 € par jour |
| Frais d'accompagnement enfant < à 13 ans | 10 € par jour | 10 € par jour | 10 € par jour | 15 € par jour |
| Frais d'accompagnement adultes > à 75 ans (1) | 10 € par jour | 10 € par jour | 10 € par jour | 15 € par jour |
| Hospitalisation à domicile | 100% | 125% | 150% | 200% |

HONORAIRES ET SOINS MEDICAUX COURANTS - SOINS DE VILLE

| | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Consultations, visites des généralistes (2) | | | | |
| - Médecins ayant adhéré au CAS | 100 % | 100 % | 125 % | 150 % |
| - Médecins n'ayant pas adhéré au CAS | 100 % | 100 % | 105 % | 130 % |
| Consultations, visites des spécialistes (hors CNPSY et VNPSY) | | | | |
| - Médecins ayant adhéré au CAS | 100 % | 100 % | 125 % | 150 % |
| - Médecins n'ayant pas adhéré au CAS | 100 % | 100 % | 105 % | 130 % |
| Consultations, visites CNPSY et VNPSY et traitements par psychothérapie ou psychanalyse | | | | |
| - Médecins ayant adhéré au CAS | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| - Médecins n'ayant pas adhéré au CAS | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Actes techniques médicaux | | | | |
| - Médecins ayant adhéré au CAS | 100 % | 100 % | 125 % | 150 % |
| - Médecins n'ayant pas adhéré au CAS | 100 % | 100 % | 105 % | 130 % |
| Radiologie - Echographie - Imagerie médicale | | | | |
| - Médecins ayant adhéré au CAS | 100 % | 100 % | 125 % | 150 % |
| - Médecins n'ayant pas adhéré au CAS | 100 % | 100 % | 105 % | 130 % |
| Auxiliaires médicaux | 100 % | 100 % | 125 % | 150 % |
| Biologie médicale | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Transport du malade | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |

PHARMACIE

| | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Médicaments remboursés par l'AMO (y compris homeopathie) | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
|---|-------|-------|-------|-------|

FRAIS DENTAIRE (3)

| | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|
| Consultations, Soins dentaires remboursés par l'AMO | 100 % | 125 % | 150 % | 175 % |
| Inlays-Core | 100 % | 125 % | 150 % | 175 % |
| Prothèses dentaires remboursées par l'AMO | 100 % | 125 % | 150 % | 175 % |
| Prothèses dentaires non remboursées par l'AMO (forfait par an/bénéficiaire) | Néant | 125 € | 150 € | 175 € |
| Orthodontie remboursée par l'AMO | 100 % | 125 % | 150 % | 175 % |
| Autres actes dentaires remboursés par l'AMO (Implants, parodontologie, ect..) | 100 % | 125 % | 150 % | 175 % |
| Implantologie et parodontologie non remboursée par l'AMO (forfait par an/bénéficiaire) | Néant | 125 € | 150 € | 175 € |
| Plafond annuel dentaire | illimité | illimité | illimité | illimité |

OPTIQUE

| | | | | |
|--|-------|---------|---------|---------|
| Forfait optique lunette (2 verres simples + monture prise en charge par l'AMO) (4) | 100 % | 100 € | 100 € | 150 € |
| + Forfait complémentaire verre complexe et/ou très complexe (4) | Néant | + 100 € | + 150 € | + 150 € |
| Forfait lentilles et lentilles jetables prescrites prises en charge ou non par l'AMO et | 100 % | 50 € | 75 € | 100 € |
| Chirurgie réfractive (plafond par an et par oeil) | | | | |

20150706_Ordelys_Sante_senior

| | Ordelys 1 | Ordelys 2 | Ordelys 3 | Ordelys 4 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| CURE THERMALE | | | | |
| Actes et soins de cure remboursés par l'AMO | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| + Forfait annuel cure | + 25 € | + 50 € | + 75 € | + 100 € |
| APPAREILLAGE | | | | |
| Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires | 100 % | 100 % | 125 % | 150 % |
| + Forfait annuel prothèses auditives (y compris entretien) | Néant | 50 € | 75 € | 100 € |
| + Forfait annuel prothèses capillaires | Néant | Néant | 75 € | 100 € |
| Petit appareillage, accessoires, pansements | 100 % | 100 % | 125 % | 150 % |
| Fauteuil roulant (5) | 100 % | 100 % | 125 % | 150 % |
| PACK PREVENTION | | | | |
| Actes de prévention non remboursés par l'AMO (6) (forfait par an/ bénéficiaire) | Néant | 25 € | 25 € | 25 € |
| Actes de praticiens medecine complementaire (par an / bénéficiaire, limité à 25€ par séance) | | | | |
| - Ostéopathe | 50 € | 50 € | 100 € | 100 € |
| - Etiopathe | | | | |
| - Chiropracteur | | | | |
| - Acupuncteur | | | | |
| NOS SERVICES | | | | |
| Délai d'attente | Aucun | Aucun | Aucun | Aucun |
| Questionnaire médical | Aucun | Aucun | Aucun | Aucun |
| Remboursements automatisés (télétransmission des décomptes) | OUI | OUI | OUI | OUI |
| Tiers payant national | OUI | OUI | OUI | OUI |
| Prise en charge: Hopital, Clinique, Opticien | OUI | OUI | OUI | OUI |
| Devis: Optique et Dentaire | OUI | OUI | OUI | OUI |
| Espace personnel sur site internet | 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. 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 ce contrat 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 modifié par le décret n°2014 -1374 du 18 Novembre 2014. 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.

(1) : Maximum 10 j / an pour un accompagné de plus de 75 ans. (2) En cas de consultations et de visites non conventionnées, le remboursement est effectué sur la base du tarif de responsabilité reconstitué et du remboursement conventionnel reconstitué. (3) En cas de dépassement du forfait annuel, le TM est appliqué en vertu du décret du 18/11/2014 n°2014 1374). (4) **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. (5) : Limité à un remboursement par an et à 1 000 € par remboursement. (6) Vaccins anti grippe, ostéodensitométrie, pilule contraceptive, substituts nicotiniques.

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 200% de la base de remboursement.
- La prise en charge de vos séances d'ostéopathie, 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 150% BR et en complément, un forfait annuel jusqu'à 100€.
- Profitez d'un forfait annuel 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 € | |
| O1 | AMO 70% BR = 15,10€ | 100% BR = 6,90€ | RAC = 17,00€ |
| O2 | AMO 70% BR = 15,10€ | 100% BR = 6,90€ | RAC = 17,00€ |
| O3 | AMO 70% BR = 15,10€ | 125% BR = 12,65€ | RAC = 11,25€ |
| O4 | AMO 70% BR = 15,10€ | 150% BR = 18,40€ | RAC = 5,50€ |
| 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 100 € 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 : 300 € | |
| BR | | 16,56 € | |
| O1 | AMO 60% BR = 9,94€ | 100% = 6,62€ | RAC = 283,44€ |
| O2 | AMO 60% BR = 9,94€ | Forfait 100€ + 100€ | RAC = 90,06€ |
| O3 | AMO 60% BR = 9,94€ | Forfait 100€ + 150€ | RAC = 40,06€ |
| O4 | AMO 60% BR = 9,94€ | Forfait 150€ + 150€* | |
| (*) 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 € | |
| O1 | AMO 70% BR = 75,25€ | 100% BR = 32,25€ | RAC = 242,50€ |
| O2 | AMO 70% BR = 75,25€ | 125% BR = 59,13€ | RAC = 215,62€ |
| O3 | AMO 70% BR = 75,25€ | 150% BR = 86,00€ | RAC = 188,75€ |
| O4 | AMO 70% BR = 75,25€ | 175% BR = 188,13€ | RAC = 86,62€ |

Formules de garanties : O1 = Ordelys 1, O2 = Ordelys 2, O3 = Ordelys 3, O4 = Ordelys 4

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

