

SURCOMPLÉMENTAIRE

3 NIVEAUX DE FORMULE > OPTION 1 150/200 > OPTION 2 300 > OPTION 3 400

CIBLE

Assurés, bénéficiant d'une complémentaire santé, souhaitant renforcer le niveau des prestations déjà acquises et jugées insuffisantes au regard de leurs besoins.

POSITIONNEMENT

Garantie idéale pour renforcer le niveau de remboursement des contrats complémentaires collectifs.
A proposer également en complément d'une complémentaire santé individuelle ou d'un contrat CMU.

POINTS FORTS

- ⊕ Chambre particulière jusqu'à 130 € par jour
 - ⊕ Médicaments non remboursés jusqu'à 200 € par an
 - ⊕ Honoraires médicaux jusqu'à 400%
-
- ⊕ Médicaments prescrits et non remboursés jusqu'à 200 € par an
 - ⊕ Cure thermale, appareillage et prothèse auditive : jusqu'à 800 € par an
 - ⊕ Ostéopathie et chiropractie : jusqu'à 200 € par an
- ⊕ Questionnaire de santé simplifié
 - ⊕ Adhésion possible jusqu'à 60 ans inclus

CARACTÉRISTIQUES PRODUIT

MAXIMA SURCOMPLÉMENTAIRE	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
ÂGES LIMITES À L'ADHÉSION	De 18 à 60 ans inclus		
CONTRAT "SOLIDAIRE"	Non : Adhésion avec questionnaire médical - contrat taxé		
CONTRAT "RESPONSABLE"	Non > Toutefois la contribution forfaitaire de 1 € et les franchises ne donnent pas lieu à remboursement.		
PRISE D'EFFET DES GARANTIES	A la date souhaitée par le souscripteur sous réserve d'acceptation de la demande d'adhésion par Cegema et du respect des délais d'attente		
DÉLAIS D'ATTENTE	3 mois : honoraires de médecine courante y compris maternité et hospitalisation 9 mois : pour les autres garanties - ces délais s'appliquent à l'adhésion initiale, en cas d'augmentation de garanties et pour tout nouveau bénéficiaire - les délais à l'adhésion initiale sont abrogés si la souscription est réalisée dans un délai inférieur à deux mois après la cessation de garanties équivalentes		
DÉLAIS DE RENONCIATION	OUI : 14 jours à partir de la date de conclusion du contrat		
ÉCHÉANCE PRINCIPALE	1 ^{er} janvier de chaque année		
ÉLIGIBILITÉ "MADELIN"	Non, le contrat ne bénéficie pas du label "Responsable"		
GARANTIES ASSISTANCE	Non		
QUESTIONNAIRE DE SANTÉ	Oui : lors de la prise d'effet des garanties, Cegema doit disposer d'un questionnaire de santé de moins de trois mois		
RENFORTS	Non		
TERRITORIALITÉ DES GARANTIES	France Métropole, Europe & à l'étranger pour des séjours de moins de 3 mois par an et sous réserve de l'intervention du régime de base		
ZONE DE DISTRIBUTION	France Métropole		
TIERS PAYANT	Non		
VALIDITÉ DES GARANTIES	Conditionnée au bénéfice d'une complémentaire santé groupe ou individuelle		

SURCOMPLÉMENTAIRE

ZOOM TARIFICATION

- ⊕ 1 zone tarifaire
- ⊕ Frais de dossier Cegema : aucun si affaire saisie via Cegecour, sinon : 23 euros
- ⊕ Calcul de l'âge à retenir pour les cotisations : année d'effet - année de naissance
- ⊕ Ce produit ne prévoit pas de réductions tarifaires selon composition familiale ou régime d'affiliation
- ⊕ La tarification en année N+1 n'est pas proposée
- ⊕ Tarif "enfant" : s'applique jusqu'aux 20 ans inclus du bénéficiaire - tous les enfants donnent lieu à paiement
- ⊕ L'ensemble des membres d'une même famille bénéficie de la même formule de garantie

PRATIQUE ET AVANTAGEUX !

- ⊕ **En cas de mixité de régime au sein du couple :**
 - Établir et saisir sur Cegecour une seule adhésion
- ⊕ **La première cotisation pour une prise d'effet en cours de mois :**
 - Aucun règlement à nous transmettre
 - Sur la demande d'adhésion, et lors de votre saisie, indiquez seulement le montant mensuel
 - Nous nous chargeons de calculer la cotisation au prorata temporis et d'adresser l'avis de prélèvement à votre client

ZOOM FORAITS, PLAFONDS, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

- ⊕ **Forfaits :** montants payables, par assuré une fois par année d'assurance, indiqués au tableau des garanties
- ⊕ **Plafonds :** limites de remboursements, par personne et par année d'assurance, indiqués au tableau des garanties
- ⊕ **Limitations par année d'assurance et par personne - extrait de l'article 8.4 de la Notice d'information :**
 - Les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle et de psychiatrie sont limités à 30 jours
 - Les frais d'hospitalisation pour le traitement des affections mentales ou psychiatriques seront limités pour chaque personne assurée à 90 jours pour toute la durée de vie de l'adhésion.
 - La prise en charge des honoraires de consultations de psychiatrie et de neuro-psychiatrie, au-delà du ticket modérateur est limitée à 6 séances, au-delà, la prise en charge sera limitée à 30% de la base de remboursement du Régime Obligatoire
- ⊕ **Exclusions - extrait de l'article 8.2 de la Notice d'information :**
 - Nous ne garantissons pas l'indemnisation relative aux frais engagés et/ou hospitalisation pour le séjour dans les établissements ou services suivants : hélio-marins ou de thalassothérapie, les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long et moyen séjour, de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes.
- ⊕ **Année d'assurance :** période de 12 mois successifs à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion

SUPPORTS CONTRACTUELS ET COMMERCIAUX

- ⊕ Liasses Adhésion
- ⊕ Notice d'information

ZOOM QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

QUESTIONS	RÉPONSES
Q1 : Suivez-vous un traitement régulier ?	Si oui : étude par le service médical
Q2 : Etes-vous pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale ?	Si oui : non assurable
Q3 : Dans les trois dernières années, avez-vous été soigné plus de deux mois consécutifs pour une maladie, un accident ou une malformation ?	Si oui : étude par le service médical
Q4 : Envisagez-vous une hospitalisation dans les 6 prochains mois ?	Si oui : non assurable

SURCOMPLÉMENTAIRE

	Option 1	Option 2	Option 3
Limites d'âges à l'adhésion ▶	De 18 à 60 ans inclus		
Questionnaire de santé et délai d'attente ▶	OUI		
HOSPITALISATION MÉDICALE & CHIRURGICALE (Y COMPRIS MATERNITÉ)			
• Honoraires (médecin, chirurgien, anesthésiste)	200%	300%	400%
• Frais de séjour*	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Chambre particulière (dans la limite de 30 jours par an) y compris le lit accompagnant d'un enfant hospitalisé de moins de 14 ans	50 € par jour	80 € par jour	130 € par jour
• Forfait Journalier Hospitalier*	Frais réels	Frais réels	Frais réels
DENTAIRE			
• Dentaire remboursé par le Régime Obligatoire :			
▶ Actes dentaires, prophylaxie, paradontologie, prévention	150%	300%	400%
▶ Inlay, onlay, inlay-core, prothèses dentaires	150%	300%	400%
▶ Orthodontie	150%	300%	400%
• Actes de dentisterie non remboursés par le Régime Obligatoire (limite par an et par assuré)	300 €	500 €	800 €
• Plafond annuel pour l'ensemble du poste dentaire par an et par assuré			
1ère et 2ème année	400 €	600 €	1 000 €
Années suivantes	800 €	1 200 €	1 600 €
OPTIQUE			
• Verres, montures, lentilles de contact (limite par an et par assuré)	200 €	400 €	500 €
• Opération de la myopie (limite par an et par assuré)	100 €	180 €	250 €
HONORAIRES DE MÉDECINE COURANTE (Y COMPRIS MATERNITÉ)			
• Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes	150%	300%	400%
• Auxiliaires médicaux			
• Laboratoire			
• Imagerie - radiologie - échographie			
• Actes techniques médicaux			
• Consultations Ostéopathes, Chiropracteurs (dans la limite de 5 par an et par assuré)	25 € par consultation	30 € par consultation	40 € par consultation
PHARMACIE			
• Pharmacie et homéopathie remboursées par le Régime Obligatoire	100%	100%	100%
• Médicaments prescrits par un médecin et non remboursés par le Régime Obligatoire Limite par an et par assuré	100 €	150 €	200 €
APPAREILLAGE (HORS DENTAIRE)			
• Prothèse et appareillage auditif, orthopédique	150%	300%	400%
• Appareillage prescrit médicalement et non remboursé par le Régime Obligatoire (limite par an et par assuré)	300 €	500 €	800 €
CURE THERMALE			
• Forfait annuel par an et par assuré	300 €	500 €	800 €

Les prestations exprimées en pourcentage se réfèrent aux bases de remboursement de la Sécurité sociale Française, et incluent la participation du Régime Obligatoire et du régime complémentaire de l'assuré.

L'ensemble des prestations s'entendent dans la limite des frais réellement engagés.

* Prestations calculées sur la base des tarifs conventionnels ou des tarifs préfectoraux en vigueur des hôpitaux ou des cliniques conventionnés du lieu de résidence.

SURCOMPLÉMENTAIRE

Né en	Age en 2016	Option 1	Option 2	Option 3
1998	18	17,60	41,32	64,37
1997	19	17,88	41,95	65,34
1996	20	18,14	42,60	66,34
1995	21	18,43	43,23	67,36
1994	22	19,33	47,28	71,48
1993	23	20,10	50,63	76,62
1992	24	21,19	53,33	81,38
1991	25	22,10	54,67	83,07
1990	26	22,55	55,69	84,38
1989	27	23,19	57,05	85,30
1988	28	23,79	58,56	87,02
1987	29	24,55	59,89	89,10
1986	30	25,15	61,08	89,84
1985	31	25,64	61,77	91,19
1984	32	26,25	62,42	92,16
1983	33	26,87	63,44	92,70
1982	34	27,16	64,80	93,27
1981	35	27,62	65,62	94,81
1980	36	28,38	66,46	95,73
1979	37	28,85	67,80	96,66
1978	38	29,16	69,18	97,64
1977	39	29,48	70,52	98,39
1976	40	29,93	71,50	99,53
1975	41	30,24	72,18	100,68
1974	42	30,69	73,19	101,59
1973	43	30,98	74,04	102,52
1972	44	31,78	74,52	104,44
1971	45	32,54	75,90	105,76
1970	46	33,31	76,87	106,87
1969	47	33,93	78,24	108,81
1968	48	34,53	79,91	109,92
1967	49	35,12	80,60	111,43
1966	50	36,06	82,11	112,38
1965	51	36,52	83,61	113,71
1964	52	36,98	84,14	114,86
1963	53	37,28	85,30	115,79
1962	54	38,22	86,17	117,12
1961	55	38,83	87,00	118,25
1960	56	39,44	87,68	118,99
1959	57	40,21	88,51	120,51
1958	58	40,66	89,19	121,09
1957	59	40,97	89,85	121,85
1956	60	41,88	90,84	122,78
Enfants bénéficiaires de moins de 21 ans		15,64	30,99	55,26