

Tableau de garanties

Santé Véga Particulier/TNS

(SURCOMPLÉMENTAIRE NON RESPONSABLE)

Ces prestations complètent les remb. du contrat socle et l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

Formules complètes

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6
HOSPITALISATION (MÉDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITÉ)						
Honoraires, Actes de Spécialités et de chirurgie*	150% BR	200% BR	250% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Chambre particulière (par séjour)	30€/jour	35€/jour	40€/jour	100€/séjour	150€/séjour	200€/séjour
SOINS COURANTS						
Consultations, visites : Généralistes	100% BR	150% BR	200% BR	50% BR	75% BR	100% BR
Consultations, visites : Spécialistes	100% BR	150% BR	200% BR	50% BR	75% BR	100% BR
Actes de Spécialités, de Chirurgie, Actes Techniques Médicaux, Auxiliaires médicaux, Radiologie, Analyses	50% BR	75% BR	100% BR	50% BR	75% BR	100% BR
Médicaments prescrits non remboursables par le RO	15€/an	30€/an	50€/an	15€/an	30€/an	50€/an
DENTAIRE						
Soins				100% BR	150% BR	200% BR
Prothèse dentaire et orthodontie remboursées ou non par le RO				50% BR dans la limite de 100€/an	75% BR dans la limite de 150€/an	100% BR dans la limite de 200€/an
Implantologie				75€/an	100€/an	125€/an
OPTIQUE						
Adultes et Enfants : Équipement (verres et monture) ou lentilles acceptées ou refusées par le RO				100€/an	125€/an	150€/an
MÉDECINES DOUCES						
Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Diététicien, Psychomotricien, Pédicure				20€/séance limité à 2 séances/an	20€/séance limité à 3 séances / an	20€/séance limité à 4 séances / an

Délais d'attente :

- Hospitalisation : 3 mois sauf si hospitalisation consécutive à un accident
- Maternité : 9 mois
- Optique : 3 mois
- Dentaire : 3 mois

* En secteur Non Conventionné, la Base de Remboursement (BR) correspond au Tarif d'Autorité

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

RO : Régime Obligatoire

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

BR : Base de Remboursement