



ADEP 100% SANTÉ SÉNIOR

Garanties et exemples de remboursements par formule

Contrat responsable

Applicables en France Métropolitaine et DROM

Contrat collectif d'assurances VS/Santé/global à adhésion facultative

03/2025

 SANTÉ  OBSÈQUES  PRÉVOYANCE

PARTICULIERS & ENTREPRISES

Les prestations des différents niveaux ci-dessous comprennent celles versées par le Régime Obligatoire et ne peuvent en aucun cas excéder les frais réellement engagés. Elles s'appliquent lorsque l'assuré respecte le parcours de soins coordonnés

FORMULES ADEP 100% SANTÉ SENIOR	% de prise en charge du Régime Obligatoire	VITA 1	VITA 2	VITA 3	VITA 4	VITA HOSPI +
1 - HOSPITALISATION (Médicale, chirurgicale, y compris maternité)						
Forfait hospitalier journalier (sans limite de durée), hors établissements medico-sociaux	néant	100% Forfait en vigueur				
Forfait Patient Urgences	néant	100% Forfait en vigueur				
Franchise sur actes lourds	néant	100% Forfait en vigueur				
Honoraires (hospitalisation, chirurgie, anesthésie, ambulatoires et soins externes) des Médecins (ou Praticiens) en fonction de la nature des soins - médecins DPTAM*	80% ou 100% ⁽¹⁾	100% BR**	150% BR**	200% BR**	250% BR**	300% BR**
Honoraires (hospitalisation, chirurgie, anesthésie, ambulatoires et soins externes) des Médecins (ou Praticiens) en fonction de la nature des soins - médecins hors DPTAM*	80% ou 100% ⁽¹⁾	100% BR**	130% BR**	180% BR**	200% BR**	200% BR**
Frais de séjour, hébergement et ambulatoire (établissement conventionné ou non, hors établissements médico-sociaux, plafonné au ticket modérateur pour les maisons de repos)	80% ou 100% ⁽¹⁾	Frais réels				
Chambre particulière, y compris maternité et maison de repos (limité à 45 jours par an*** en service psychiatrique et neuropsychiatrique)	néant	30€/jour maximum 75 jours	40€/jour maximum 75 jours	60€/jour maximum 120 jours	90€/jour maximum 180 jours	90€/jour maximum 180 jours
Lit accompagnant : maxi 60 jours	néant	-	10€/ nuit	20€/ nuit	35€/ nuit	35€/ nuit
Transport de malades (ambulances, SAMU, SMUR, etc...) pris en charge par le RO*	65%	100% BR**	100% BR**	100% BR**	100% BR**	100% BR**
2 - SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux: consultation, visite, actes techniques médicaux (dont chirurgie) Médecin ou Spécialiste DPTAM*	70%	100% BR**	150% BR**	200% BR**	250% BR**	150% BR**
Honoraires médicaux: consultation, visite, actes techniques médicaux (dont chirurgie) Médecin ou Spécialiste hors DPTAM*	70%	100% BR**	130% BR**	180% BR**	200% BR**	130% BR**
Consultation psychologue remboursée (dans la limite de 12 séances par année civile, selon les modalités définies à l'article L.162-58 du Code de la Sécurité Sociale et dans les conditions fixées par les Décrets et Arrêtés en vigueur)	60%	100% BR**	100% BR**	100% BR**	100% BR**	100% BR**
Honoraires paramédicaux : soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie - Médecins (ou Praticiens) DPTAM*	60%	100% BR**	150% BR**	200% BR**	250% BR**	150% BR**
Honoraires paramédicaux : soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie - Médecins (ou Praticiens) hors DPTAM*	60%	100% BR**	130% BR**	180% BR**	200% BR**	130% BR**
Analyse et examens de laboratoire - Médecins (ou Praticiens) DPTAM *	60%	100% BR**	150% BR**	200% BR**	250% BR**	150% BR**
Analyse et examens de laboratoire - Médecins (ou Praticiens) hors DPTAM*	60%	100% BR**	130% BR**	180% BR**	200% BR**	130% BR**
Imagerie - Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie - Médecins (ou Praticiens) DPTAM*	70%	100% BR**	150% BR**	200% BR**	250% BR**	150% BR**
Imagerie - Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie . Médecins (ou Praticiens) hors DPTAM*	70%	100% BR**	130% BR**	180% BR**	200% BR**	130% BR**
Médicaments prescrits et pris en charge par le RO*	Entre 15% et 65%	100% BR**	100% BR**	100% BR**	100% BR**	100% BR**
Médicaments (y compris homéopathie) et vaccins non remboursés mais avec prescription du médecin traitant (par an*** / par contrat)	néant	-	maxi 100€	maxi 200€	maxi 300€	maxi 100€
Forfait médecine douce : ostéopathie, chiropraxie, étioopathie, psychomotricité, podologie, pédicure, acupuncture, diététicien non pris en charge par la SS (maximum 5 séances par an*** et par personne)	néant	-	20€ maxi par séance	30€ maxi par séance	40€ maxi par séance	20€ maxi par séance
Matériel médical (fauteuil roulant,...) et prothèses (autres que dentaires et auditives) médicales orthopédiques, mammaires et capillaires	60% ou 100% ⁽¹⁾	100% BR**	150% BR**	200% BR**	250% BR**	125% BR**
3 - OPTIQUE - Les forfaits sont exprimés en Euros et s'entendent participation du RO (*) et Ticket Modérateur inclus. Limité à un équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans, ou tous les ans pour les moins de 16 ans ou en cas de modification de la vue, à compter de la dernière acquisition, dans les conditions fixées dans votre Notice d'information ⁽²⁾						
Equipements optiques "100% Santé" -Classe A ⁽³⁾ - y compris suppléments	60%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) ⁽³⁾				
Forfait équipement avec 2 verres simples - classe B - dont participation maximale de 100€ pour la monture ⁽²⁾	60%	50 €	200 €	420 €	420 €	200 €
Forfait équipement avec 1 verre simple et un verre complexe - classe B - dont participation maximale de 100€ pour la monture ⁽²⁾	60%	125 €	200 €	420 €	550 €	200 €
Forfait équipement avec 2 verres complexes - classe B - dont participation maximale de 100€ pour la monture ⁽²⁾	60%	200 €	200 €	420 €	700 €	200 €
Forfait équipement avec 1 verre simple et un verre très complexe - classe B - dont participation maximale de 100€ pour la monture ⁽²⁾	60%	125 €	200 €	420 €	610 €	200 €
Forfait équipement avec 1 verre complexe et un verre très complexe - classe B - dont participation maximale de 100€ pour la monture ⁽²⁾	60%	200 €	200 €	420 €	750 €	200 €
Forfait équipement avec 2 verres très complexes - classe B - dont participation maximale de 100€ pour la monture ⁽²⁾	60%	200 €	200 €	420 €	800 €	200 €
Lentilles remboursées par le RO*	60%	-	150% BR**	150% BR**	150% BR**	150% BR**
Lentilles non remboursées par le RO*. Forfait annuel***	néant	-	-	100 €	100 €	-
Forfait chirurgie réfractive des yeux par œil et par an***	néant	50 €	200 €	300 €	450 €	200 €

FORMULES ADEP 100% SANTÉ SENIOR	% de prise en charge du Régime Obligatoire	VITA 1	VITA 2	VITA 3	VITA 4	VITA HOSPI +
4 - DENTAIRE						
Soins et prothèses 100% santé - faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge à compter du 1er janvier 2020 ⁽⁴⁾	60%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) ⁽⁴⁾				
Soins dentaires remboursés par le RO (La prise en charge des frais en secteur non conventionné est calculée sur la base de remboursement reconstituée du secteur conventionné).	60%	100% BR**	150% BR**	200% BR**	250% BR**	150% BR**
Plafond annuel*** dentaire, hors radiologie, hors soins dentaires et hors actes pris en charge par le 100% Santé. Au-delà du plafond annuel, les actes seront pris en charge à 100% de la BR**	néant	1 000 €	1 000 €	1 500 €	3 000 €	1 000 €
Prothèses et Implants remboursés par le Régime Obligatoire plafonnés, à compter du 1er janvier 2020 et le cas échéant, à hauteur des honoraires limites de facturation ⁽⁵⁾ , et à 100% BR au-delà des seuils indiqués	60%	125% BR** maxi 200€/an*** par dent	200% BR** maxi 400€/an*** par dent	350% BR** maxi 500€/an*** par dent	450% BR** maxi 600€/an*** par dent	200% BR** maxi 400€/an*** par dent
- Prothèses non remboursées par le Régime Obligatoire par an***	60%	-	100€/an par dent	250€/an par dent	400€/an par dent	100€/an par dent
Parodontologie non pris en charge par le RO* (maxi par an*** et par personne)	néant	-	50 €	50 €	50 €	50 €
Implantologie non pris en charge par le RO* (maxi par an*** et par personne)	néant	-	350 €	450 €	550 €	350 €
5 - AIDES AUDITIVES - Remboursement limité à compter du 1/01/2021 à une aide auditive tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente (7)						
Aides auditives 100% santé (classe I)	60%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (6)				
Aides auditives (toutes classes jusqu'au 31/12/2020 et classe II à compter du 1er janvier 2021 ⁽⁶⁾ , plafonné à 1 700€ par aide auditive, Ticket modérateur et remboursement du RO* inclus	60%	100% BR	250 % BR	300% BR	400% BR	250 % BR
Supplément pris en charge par le RO* (dont suivi et piles)	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
6 - CURE THERMALE prise en charge par le RO*						
Frais de soins cure thermale pris en charge par le RO*	65%	100% BR**	100% BR**	100% BR**	100% BR**	100% BR**
Forfait thermal par an*** et par personne	70%	-	100 €	200 €	400 €	100 €
Forfait hébergement et transport (forfait annuel*** maxi par personne)	néant	-	100 €	200 €	400 €	100 €
7 - AUTRES PRESTATIONS						
Protection Juridique ADEP SANTÉ en partenariat avec CFDP Assurances (conditions de garantie détaillée dans la Notice d'Information).	néant	Prestations d'assistance et d'accompagnement juridiques, prise en charge de frais de procédures				
Assistance Santé en cas d'hospitalisation en partenariat avec Mondial Assistance (conditions de garantie détaillée dans la Notice d'Information).	néant	200€ de prestations "à la carte"				
Capital Équipement Dépendance Handicap (conditions de garantie détaillée dans la Notice d'Information).	néant	Versement d'un capital équipement / dépendance destiné à du matériel médical ou de confort : 1 500€, doublés en cas d'accident (3 000 €)				
Capital Maladies Graves (conditions de garantie détaillée dans la Notice d'Information).	néant	Sur option				
Forfait vaccin non pris en charge par la SS (forfait annuel***)	néant	-	15 €	15 €	15 €	15 €
Téléconsultation médicale par l'intermédiaire d'Axa Assistance	néant	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

8 - ACTES DE PREVENTION (arrêté du 8 juin 2006)

Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale

*RO : régime obligatoire, DPTAM : dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

** BR : Base de remboursement *** par an s'entend par année d'assurance à compter de la date d'adhésion au contrat.

(1) selon la nature des soins ou prestations, (2) A compter du 1er janvier 2020, les fréquences de renouvellement d'un équipement optique ainsi que les montants maximums de remboursement respectent les conditions fixées dans le Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 3 décembre 2018.

(3) Conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs d'optique médicale faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (équipements optiques de Classe A), sont intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixés par le Comité économique des produits de santé, et dans les conditions de prise en charge fixées dans la notice d'information référencée 2024-01-NI-ADEP 100% SANTÉ SENIOR et dans ce tableau de garanties.

(4) Conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les frais de soins dentaires prothétiques faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge tels que définis dans la Convention prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale seront intégralement remboursés à hauteur des honoraires limites de facturation fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques, et dans les conditions de prise en charge fixées dans la notice d'information référencée 2024-01-NI-ADEP 100% SANTÉ SENIOR et dans ce tableau de garanties.

(5) dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

(6) A compter du 1er janvier 2021, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs médicaux d'aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (Classe I) seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixé par le Comité économique des produits de santé (avis du 28 novembre 2018).

Avant le 1er janvier 2021, la prise en charge par la Mutuelle des aides auditives s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans la Notice d'information référencée 2024-01-NI-ADEP 100% SANTÉ SENIOR et dans ce tableau de garanties.

(7) Les fréquences de renouvellement d'une aide auditive ainsi que le montant maximum de remboursement sont fixés par le Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 14 novembre 2018.

Tous les pourcentages indiqués dans le tableau correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire. Conformément à la réforme de l'Assurance Maladie, les taux « Régime Obligatoire » mentionnés sont ceux en vigueur au 15 mai 2024 dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et, éventuellement, des dépassements d'honoraires des praticiens. Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que la participation forfaitaire ainsi que la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale. Les taux « Régime Obligatoire » étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, ils sont donnés ici à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements : ils n'ont pas de valeur contractuelle. Le total des remboursements du régime de base et du régime complémentaire est limité aux frais réels engagés. Sauf mention contraire spécifiée dans le tableau, les niveaux de couverture indiqués incluent le Ticket Modérateur.

* RO : régime obligatoire, FR : frais réels, DPTAM : dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. ** BR : Base de remboursement *** par an s'entend par année d'assurance à compter de la date d'adhésion au contrat.

(1) selon la nature des soins ou prestations. (2) A compter du 1er janvier 2020, les fréquences de renouvellement d'un équipement optique ainsi que les montants maximums de remboursement respectent les conditions fixées dans le Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 3 décembre 2018. (3) Conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs d'optique médicale faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (équipements optiques de Classe A), sont intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixés par le Comité économique des produits de santé, et dans les conditions de prise en charge fixées dans la notice d'information référencée 2024-01-NI-ADEP 100% SANTÉ VITA et dans ce tableau de garanties. (4) Conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les frais de soins dentaires prothétiques faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge tels que définis dans la Convention prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale seront intégralement remboursés à hauteur des honoraires limites de facturation fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques, et dans les conditions de prise en charge fixées dans la notice d'information référencée 2024-01-NI-ADEP 100% SANTÉ VITA et dans ce tableau de garanties. (5) dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques. (6) A compter du 1er janvier 2021, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs médicaux d'aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (Classe I) seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixé par le Comité économique des produits de santé (avis du 28 novembre 2018).

Avant le 1er janvier 2021, la prise en charge par la Mutuelle des aides auditives s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans la Notice d'information référencée 2024-01-NI-ADEP 100% SANTÉ VITA et dans ce tableau de garanties. (7) Les fréquences de renouvellement d'une aide auditive ainsi que le montant maximum de remboursement sont fixés par le Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 14 novembre 2018.

«Tous les pourcentages indiqués dans le tableau correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire. Conformément à la réforme de l'Assurance Maladie, les taux « Régime Obligatoire » mentionnés sont ceux en vigueur au 15 mai 2024 dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et, éventuellement, des dépassements d'honoraires des praticiens. Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que la participation forfaitaire ainsi que la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale. Les taux « Régime Obligatoire » étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, ils sont donnés ici à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements : ils n'ont pas de valeur contractuelle. Le total des remboursements du régime de base et du régime complémentaire est limité aux frais réels engagés. Sauf mention contraire spécifiée dans le tableau, les niveaux de couverture indiqués incluent le Ticket Modérateur.»

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS ADEP 100% SANTÉ SÉNIOR



CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE	Prix moyen ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	FORMULE CHOISIE	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	VITA 1 à 4 et VITA HOSPI+	20.00 € (psy 15.00 €)	0.00 €
Chambre Particulière	NC	Néant	Néant	VITA 1 VITA 2 VITA 3 VITA 4 VITA HOSPI+	30.00 €/jour 40.00 €/jour 60.00 €/jour 90.00 €/jour 90.00 €/jour	Variable selon tarif
Séjours avec actes lourds						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé						
Opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé dépassements maîtrisés						
Frais de séjour en secteur privé	835.60 €	835.60 €	811.60 €	VITA 1 à 4 VITA HOSPI+	24.00 €	0.00 €
Honoraires chirurgien (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	434.00 €	271.70 €	271.70 €	VITA 1 VITA 2 VITA 3, 4 VITA HOSPI+	0.00 € 135.85 € 162.30 € 162.30 €	162.30 € 26.45 € 0.00 € 0.00 €
Opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé, secteur 2						
Frais de séjour en secteur privé	835.60 €	835.60 €	811.60 €	VITA 1 à 4 VITA HOSPI+	24.00 €	0.00 €
Honoraires chirurgien (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	473.00 €	271.70 €	271.70 €	VITA 1 VITA 2 VITA 3, 4 VITA HOSPI+	0.00 € 81.51 € 201.30 € 201.30 €	201.30 € 119.79 € 0.00 € 0.00 €
Suivi d'une pneumonie (sans acte lourd) pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public						
Frais de séjour en secteur public	3541.00 €	3541.00 €	2832.80 €	VITA 1 à 4 VITA HOSPI+	708.20 €	0.00 €

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE	Prix moyen ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	FORMULE CHOISIE	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
SOINS COURANTS						
Honoraires médecins secteur 1 => tarif de convention						
Ex : consultation médecin traitant généraliste, patient de plus de 18 ans	30.00 €	30.00 €	19.00 €	VITA 1 à 4 VITA HOSPI+	9.00 €	2.00 €
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35.00 €	35.00 €	24.50 €	VITA 1 à 4 VITA HOSPI+	10.50 €	0.00 €
Ex : consultation spécialiste pour un patient de plus de 18 ans*	37.00 €	37.00 €	23.90 €	VITA 1 à 4 VITA HOSPI+	11.10 €	2.00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO => dépassements maîtrisés						
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50.00 €	35.00 €	24.50 €	VITA 1 VITA 2 à 4	10.50 € 25.50 €	15.00 € 0.00 €
Ex : consultation spécialiste pour un patient de plus de 18 ans*	54.00 €	37.00 €	23.90 €	VITA 1 VITA 2 à 4	11.10 € 28.10 €	19.00 € 2.00 €
Honoraires médecins Secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO) => honoraires libres						
ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	62.00 €	23.00 €	16.10 €	VITA 1 VITA 2 VITA 3 VITA 4 VITA Hospi+	6.90 € 13.80 € 25.30 € 29.90 € 13.80 €	39.00 € 32.10 € 20.60 € 16.00 € 39.10 €
ex : consultation spécialiste pour un patient de plus de 18 ans	67.00 €	23.00 €	14.10 €	VITA 1 VITA 2 VITA 3 VITA 4 VITA Hospi+	6.90 € 13.80 € 25.30 € 29.90 € 13.80 €	46.00 € 39.10 € 27.60 € 23.00 € 39.10 €
*Gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...						
Matériel médical						
Ex : achat d'une paire de béquilles	26.18 €	24.40 €	14.64 €	VITA 1 VITA 2 à 4 VITA Hospi+	9.76 € 11.54 € 11.54 €	1.78 € 0.00 € 0.00 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS ADEP 100% SANTÉ SÉNIOR

CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE	Prix moyen ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	FORMULE CHOISIE	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE						
Soins et Prothèses 100% => Honoraire limite de facturation (HLF)						
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisive, canines et 1 ^{eres} prémolaires	500.00 €	120.00 €	72.00 €	VITA 1 à 4 VITA HOSPI+	428.00 €	0.00 €
Soins (hors 100% santé) => Tarifs de convention						
Ex : détartrage	43.38 €	43.38 €	26.03 €	VITA 1 à 4 VITA HOSPI+	17.35 €	0.00 €
Prothèses (hors 100% santé) => Prix moyen national						
Ex : couronne céramo-métallique sur molaire	557.00 €	120.00 €	72.00 €	VITA 1 VITA 2 VITA 3 VITA 4 VITA HOSPI+	78.00 € 168.00 € 348.00 € 468.00 € 108.00 €	407.00 € 317.00 € 137.00 € 17.00 € 377.00 €
Orthodontie (moins de 16 ans) => Prix moyen national						
Ex : traitement par semestre (6 max)	707.00 €	193.50 €	193.50 €	VITA 1 à 4 VITA HOSPI+	0.00 € 0.00 €	513.50 € 513.50 €
OPTIQUE						
Equipelement 100% santé => Prix Limite de vente (PLV)						
Ex : Verres simples et monture	42.50 € (par verre) + 30 € (la monture)	12.75 € (par verre) + 9 € (la monture)	7.65 € (par verre) + 5.40 € (la monture)	VITA 1 à 4 VITA Hospi+	34,85 € par verre + 24,60 €	0.00 €
Ex : Verres progressifs et monture (verres complexes)	90 € (par verre) + 30 € (la monture)	27.00 € (par verre) + 9 € (la monture)	16.20 € (par verre) + 5.40 € (la monture)	VITA 1 à 4 VITA Hospi+	73,80 € par verre + 24,60 €	0.00 €
Equipelement hors 100% santé => Prix moyen national						
Ex : Verres simples et monture	110 € (par verre) + 146 € (la monture)	0.05 € (par verre) + 0.05 € (la monture)	0.03 € (par verre) + 0.03 € (la monture)	VITA 1 VITA 2 VITA 3 VITA 4 VITA HOSPI+	49.91 € 199.91 € 319.91 € 319.91 € 199.91 €	316.00 € 166.00 € 46.00 € 46.00 € 166.00 €
Ex : Verres progressifs et monture (verres complexes)	243 € (par verre) + 146 € (la monture)	0.05 € (par verre) + 0.05 € (la monture)	0.03 € (par verre) + 0.03 € (la monture)	VITA 1 VITA 2 VITA 3 VITA 4 VITA HOSPI+	199.91 € 199.91 € 419.91 € 585.91 € 199.91 €	432.00 € 432.00 € 212.00 € 46.00 € 432.00 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS ADEP 100% SANTÉ SÉNIOR



CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ RESPONSABLE	Prix moyen ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	FORMULE CHOISIE	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------------------	---------------------------------------------------	-----------------	------------------------------------------------------	----------------

OPTIQUE (suite)

Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	FORMULE CHOISIE	Prise en charge prévue au contrat	Reste à charge
Forfait Annuel	NC (non connu)	Non remboursé	Non remboursé	VITA 1, 2 VITA 3, 4 VITA Hospi+	0.00 € 100.00 € 0.00 €	selon dépense

Chirurgie Réfractive	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	FORMULE CHOISIE	Prise en charge prévue au contrat par oeil	Reste à charge
Opération corrective de la myopie	NC (non connu)	Non remboursé	Non remboursé	VITA 1 VITA 2 VITA 3 VITA 4 VITA HOSPI+	50.00 € 200.00 € 300.00 € 450.00 € 200.00 €	selon dépense

AIDES AUDITIVES

Equipement 100% santé => Prix Limite de vente (PLV)

Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950.00 €	400.00 €	240.00 €	VITA 1 à 4	710.00 €	0.00 €
<i>Plafonné à 1700 € par oreille</i>						

Equipement hors 100% santé => Prix moyen national

Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1582.00 €	400.00 €	240.00 €	VITA 1 VITA 2 VITA 3 VITA 4 VITA HOSPI+	160.00 € 760.00 € 960.00 € 1 342.00 € 760.00 €	1 182.00 € 582.00 € 382.00 € 0.00 € 582.00 €
-----------------------------------------------	------------------	-----------------	-----------------	-----------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

Assurément proche !

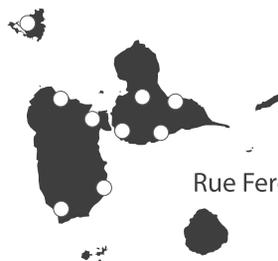
ADEP est le spécialiste des assurances de personnes, auprès des particuliers et des entreprises, depuis plus de 30 ans en Guadeloupe, Martinique, Saint Martin, Guyane, Réunion, Mayotte et en métropole.

Vous **écouter**, **comprendre** vos besoins, vous **conseiller**, vous **simplifier** l'assurance et vous **accompagner**, sont les priorités quotidiennes de l'ensemble des collaborateurs ADEP.

Nous mettons tout en œuvre pour vous apporter la tranquillité grâce à notre réseau de proximité et notre qualité de service reconnu.

Notre objectif : être proche de vous, bien vous protéger... **vous satisfaire.**

33 agences proches de vous !



ADEP Guadeloupe Siège social

11 Immeuble WEST SIDE
Rue Ferdinand Forest Prolongée - ZI Jarry
97122 BAIE MAHAULT
0590 38 00 22



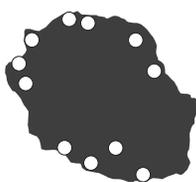
ADEP Martinique

ZAC de Dillon - RD 13
Immeuble ADEP
97200 FORT DE FRANCE
0596 61 71 00



ADEP Guyane

1 place Victor Schoelcher
97300 CAYENNE
0594 25 00 25



ADEP Réunion

6 rue Terrain l'Avion
L'Eperon
97435 SAINT PAUL
0262 34 90 90



ADEP Mayotte

5 rue Said Soimihi
Mamoudzou
97600 MAMOUDZOU
0269 60 24 88



ADEP Paris

3 Rue Beudant
75017 PARIS
0143 70 22 77

■ SANTÉ ■ OBSÈQUES ■ PRÉVOYANCE

PARTICULIERS & ENTREPRISES