

MODULASSUR

KUALA

SANTÉ

TABLEAUX DE GARANTIES



01 77 627 627

4 rue Auber 75009 Paris

WWW.MODULASSUR.FR

TABLEAUX DE GARANTIES

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats «solidaires et responsables» fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des plannings et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année d'adhésion et par bénéficiaire sauf mention contraire.

| GARANTIES Y COMPRIS REGIME OBLIGATOIRE | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 |
|--|--|---------|---------|-------------|--------------|
| HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE* | | | | | |
| Frais de séjour secteur conventionné ⁽¹⁾ | 100% | 125% | 150% | 200% | 300% |
| Frais de séjour secteur non conventionné ⁽¹⁾ | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Forfait hospitalier | Frais réels | | | | |
| Honoraires praticiens DPTAM ⁽¹⁾ | 100% | 125% | 150% | 200% | 300% |
| Bonus Fidélité 2 ^{ème} année | + 25% | + 25% | + 25% | + 25% | + 25% |
| Bonus Fidélité 3 ^{ème} année et suivantes | + 50% | + 50% | + 50% | + 50% | + 50% |
| Honoraires praticiens non DPTAM ⁽¹⁾ | 100% | 100% | 130% | 150% | 180% |
| Chambre particulière en € / jour y compris en ambulatoire ⁽²⁾ | 30 € | 40 € | 50 € | 70 € | 90 € |
| FPU - Forfait patientel Urgence | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Lit accompagnement en € / jour ⁽²⁾ | 20 € | 20 € | 20 € | 20 € | 30 € |
| Transport ⁽¹⁾ | 100% | 125% | 150% | 200% | 300% |
| MEDECINE COURANTE | | | | | |
| Consultations, visites, Radiologie, imagerie, Echographie, actes de spécialités et actes techniques médicaux - DPTAM ⁽³⁾ | 100% | 125% | 150% | 200% | 300% |
| Bonus Fidélité 2 ^{ème} année | + 25% | + 25% | + 25% | + 25% | + 25% |
| Bonus Fidélité 3 ^{ème} année et suivantes | + 50% | + 50% | + 50% | + 50% | + 50% |
| Consultations, visites, Radiologie, imagerie, Echographie, actes de spécialités et actes techniques médicaux non DPTAM ⁽³⁾ | 100% | 100% | 130% | 180% | 200% |
| Honoraires paramédicaux, Analyses et examens de laboratoire ⁽⁴⁾ | 100% | 125% | 150% | 200% | 300% |
| Médicaments (vignettes 65 %, 30 % et 15 %) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Matériel médical : prothèses, petit et gros appareillage (hors aides auditives et accessoire optique) ⁽⁴⁾ | 100% | 100% | 125% | 150% | 200% |
| Séances de psychologue remboursée par le RO dans le cadre du dispositif «MonParcoursPsy» | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Forfait annuel Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, diététicien, psychologue, pédicure, podologue, étio-pathe, hypnose thérapeutique) + médicaments prescrits non remboursés dont pilules contraceptives par année d'adhésion et par bénéficiaire | 100 € | 125 € | 150 € | 200 € | 250 € |
| AIDES AUDITIVES⁽⁵⁾ | | | | | |
| Prothèses acoustiques classe 1 «100% Santé» | Zéro reste à charge | | | | |
| Prothèses acoustiques classe 2 - par oreille ⁽⁴⁾ | 100% | 100% | 100% | 100% + 50 € | 100% + 150 € |
| DENTAIRE⁽⁵⁾ | | | | | |
| Soins ⁽⁴⁾ | 100% | 120% | 150% | 175% | 200% |
| Prothèses dentaires classe 1 «100% Santé» | Zéro reste à charge | | | | |
| Prothèses dentaires classe 2 et 3 ⁽⁴⁾ | 100% | 150% | 180% | 250% | 300% |
| Inlays-onlays ⁽⁴⁾ | 100% | 150% | 180% | 250% | 300% |
| Orthodontie acceptée ⁽⁴⁾ | 100% | 150% | 200% | 250% | 300% |
| Implants y compris pilier ou faux moignon (limite à 2 implants - forfait par implants) par année d'adhésion et par bénéficiaire | - | 150 € | 250 € | 350 € | 500 € |
| Prothèses dentaires refusées, parodontie refusée, orthodontie refusée y compris bilan et contention par année d'adhésion et par bénéficiaire | - | 150 € | 200 € | 300 € | 500 € |
| Bonus fidélité 2 ^{ème} année et suivantes par année d'adhésion et par bénéficiaire | - | + 100 € | + 150 € | + 150 € | + 250 € |
| Plafond dentaire incluant les prothèses dentaires, inlay-onlay, orthodontie acceptés et refusés, implants et parodontie refusés par année d'adhésion et par bénéficiaire ⁽⁶⁾ | - | 500 € | 700 € | 1 000 € | 1 200 € |
| Plafond dentaire fidélité 2 ^{ème} année et suivantes par année d'adhésion et par bénéficiaire ⁽⁶⁾ | - | 700 € | 1 000 € | 1 300 € | 1 700 € |
| OPTIQUES⁽⁵⁾ | | | | | |
| Monture + verres classe A «100% Santé» | Zéro reste à charge | | | | |
| Monture + verres classe B ⁽⁴⁾ : | | | | | |
| Monture + verres simples classe B (dont 100€ maximum pour la monture) ⁽⁴⁾ | 100% | 150 € | 200 € | 250 € | 300 € |
| Monture + 2 verres complexes classe B (dont 100€ maximum pour la monture) ⁽⁴⁾ | 100% | 200 € | 250 € | 350 € | 450 € |
| Monture + 2 verres très complexes classe B (dont 100€ maximum pour la monture) ⁽⁴⁾ | 100% | 200 € | 250 € | 350 € | 450 € |
| Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe classe B (dont 100€ maximum pour la monture) ⁽⁴⁾ | 100% | 175 € | 225 € | 300 € | 375 € |
| Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe classe B (dont 100€ maximum pour la monture) ⁽⁴⁾ | 100% | 175 € | 225 € | 300 € | 375 € |
| Monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe classe B (dont 100€ maximum pour la monture) ⁽⁴⁾ | 100% | 200 € | 250 € | 350 € | 450 € |
| Équipement mixte : combinaison de verres et monture de classes A et B | Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels. | | | | |
| Lentilles acceptées ou non par le RO y compris jetables par année d'adhésion et par bénéficiaire ^{(4) (6)} | 100% | 75 € | 100 € | 150 € | 200 € |
| Opération myopie par œil et par année d'adhésion et par bénéficiaire | - | 100 € | 200 € | 300 € | 500 € |
| AUTRE | | | | | |
| Cure thermique acceptée par le régime obligatoire : Frais d'établissement et d'honoraires | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Frais d'hébergement et de transport acceptés ou refusés par année d'adhésion et par bénéficiaire : | | | | | |
| Bonus fidélité à compter de la 2 ^{ème} année | - | 50 € | 100 € | 150 € | 200 € |
| Bonus fidélité à compter de la 3 ^{ème} année et suivantes | - | + 25 € | + 25 € | + 25 € | + 25 € |
| Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable une garantie limitée au Ticket Modérateur (Cf. Arrêté du 8 mars 2022). | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| ASSISTANCE | Oui | | | | |

MODULES OPTIONNELS (EN COMPLEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ET DE LA FORMULE DE BASE)

Les garanties prises en charge dans les Modules Optionnels ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré. Les forfaits exprimés en Euros sont limités par année d'adhésion et par bénéficiaire.

| R1 - RENFORT MÉDECINE & HOSPITALISATION - NON RESPONSABLE | |
|--|---------|
| Honoraires praticiens en hospitalisation non DPTAM | + 100% |
| Consultations, visites, Radiologie, imagerie, Echographie, actes de spécialités et actes techniques médicaux non DPTAM | + 100% |
| R2 - RENFORT OPTIQUE & DENTAIRE - RESPONSABLE | |
| Forfait Implantologie y compris pilier ou faux moignon, parodontologie refusée | + 400 € |
| Forfait Orthodontie acceptée ou refusée y compris bilan et contention | + 400 € |
| Forfait Lentilles acceptées ou non par le RO y compris jetables | + 100 € |
| Opération de la myopie par œil | + 150 € |
| R3 - RENFORT BIEN ÊTRE - RESPONSABLE | |
| Forfait Cures thermales acceptées | + 200 € |
| Forfaits Consultations Médecines douces et médicaments prescrits non remboursés | + 100 € |
| R4 - RENFORT TOTAL NON RESPONSABLE | |
| Honoraires praticiens en hospitalisation non DPTAM | + 100% |
| Consultations, visites, Radiologie, imagerie, Echographie, actes de spécialités et actes techniques médicaux non DPTAM | + 100% |
| Chambre particulière y compris en ambulatoire (2) | + 20 € |
| Forfait orthodontie acceptée ou refusée y compris bilan et contention parodontologie refusée, implantologie y compris pilier ou faux moignon | + 400 € |
| Forfait médecines douces et médicaments prescrits non remboursés | + 100 € |
| Forfait Optique incluant lentilles acceptées ou refusées et opération de la myopie | + 200 € |

LEXIQUE

(*) les garanties sont acquises pour les établissements de court et moyen séjour, conventionnés ou non. Les séjours en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes) et MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) sont exclus.

(1) Les frais engagés au titre de cette garantie font l'objet d'une limitation de prise en charge à 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pendant un délai de carence de trois (3) mois suivant la date d'effet du contrat pour chaque Assuré, sauf s'ils sont consécutifs à un Accident dont l'Assuré a été victime après la prise d'effet des garanties.

(2) La durée de la prise en charge de la chambre particulière et le lit accompagnant est limitée à 60 jours par année d'adhésion en chirurgie, médecine et maternité. Dans les établissements spécialisés (en soins de suite, de réadaptation, de rééducation, en psychiatrie et neuropsychiatrie et établissements assimilés), la chambre particulière est limitée à 30 jours par année d'adhésion, le lit accompagnant est exclu. Les frais engagés au titre de ces garanties font l'objet d'une limitation de prise en charge à 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pendant un délai de carence de trois (3) mois suivant la date d'effet du contrat pour chaque Assuré.

(3) Les frais engagés au titre des consultations psychiatriques, neuropsychiatriques font l'objet d'une limitation de prise en charge à 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pendant un délai de carence de trois (3) mois suivant la date d'effet du contrat pour chaque Assuré.

(4) Les frais engagés au titre de cette garantie font l'objet d'une limitation de prise en charge à 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pendant un délai de carence de trois (3) mois suivant la date d'effet du contrat pour chaque Assuré.

(5) Informations sur le 100% Santé* tels que définies réglementairement

a. Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

b. Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale. Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

c. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

d. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € - remboursement du régime obligatoire par oreille à appareiller.

e. Une aide auditive de classe 1 doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

(6) Au-delà du plafond la prise en charge est limitée au ticket modérateur.

(7) Prise en charge des actes de prévention prévus dans le contrat responsable à savoir :

I. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

II. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

III. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

IV. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

V. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;

Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

VI. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

VII. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; Coqueluche : avant 14 ans ; Hépatite B : avant 14 ans ; Hépatite B : avant 14 ans ;

BCG : avant 6 ans ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ;

Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

FICHE TECHNIQUE

Contrat Modulassur Kuala souscrit auprès d'Avenir Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et Distribué par Modulassur.

CIBLE

Contrat intergénérationnel
Destiné aux particuliers, seniors et travailleurs indépendants

GARANTIES

- **5 Formules de base Responsables M1, M2, M3, M4 et M5**
 - Répondant aux différents besoins et budgets
- **2 Renforts responsables R2 et R3**
 - Destinés à renforcer les postes Optique, dentaire, cures thermales, et/ou médecines douces
 - Ces renforts peuvent être souscrits en complément de l'ensemble des formules de base
- **2 renforts non responsables R1 et R4**
 - Permettent de renforcer les remboursements sur les dépassements d'honoraires en médecine et hospitalisation
 - Formule R4 : améliore en plus les remboursements de l'ensemble des postes (Optique, dentaire, imagerie, chambre particulière, médecines douces)

Tous les renforts peuvent être souscrits conjointement, à l'exception du R4 qui ne peut être souscrit que seul.

SOUSCRIPTION

- **Limite d'âge à l'adhésion** : 85 ans
- **Terme** : viager
- **Enfants ayants droit** : sans limite d'âge

DÉLAIS D'ATTENTE

- **Formules M1-M5 (*)**
 - 3 mois hospitalisation, chirurgie et maternité (sauf en cas d'accident)
 - 3 mois optique et dentaire
 - 3 mois de plafonnement à 100% BR en Médecine courante
- **Renforts R1-R4** :
 - 3 mois
- **Durée du contrat** : 1 an par tacite reconduction
- **Formalités médicales** : Aucune
- **Modification de garanties** : Possible à chaque date d'échéance avec un préavis de deux mois
- **Plafonds de garanties** : exprimés par année d'adhésion

TARIFS

- **Zonier**
 - Zone 1 06 - 13 - 75 - 78 - 92 - 20A - 20B – DROM/COM (tarif de base)
 - Zone 2 25 - 30 - 31 - 33 - 38 - 44 - 59 - 62 - 64 - 69 - 74 - 77 - 83 - 91 - 93 - 94 – 95 (tarif de base minoré de 5%)
 - Zone 3 Autres départements (tarif de base minoré de 10%)
 - Zone 4 Alsace – Moselle
- Réduction conjoint : -10% (si souscription en simultanée)

(*) Pendant la période d'attente, les remboursements sont limités au ticket modérateur

GARANTIES MONDIAL ASSISTANCE

1. **Assistance à domicile et transport**
 - Enveloppe de services santé : aide-ménagère, auxiliaire de vie, taxi, garde des enfants, assistance aux animaux de compagnie...
 - En cas d'hospitalisation d'au moins 2 nuitées ou d'immobilisation de plus de 5 jours : enveloppe de 300€ TTC (1 fois par an), enveloppe de 100€ en cas d'hospitalisation ambulatoire
2. **Conseil social**
 - À tout moment, dès la souscription
3. **Livraison en urgence de médicaments**
 - En cas d'hospitalisation de plus de 48h ou d'immobilisation de plus de 5 jours, livraison en urgence de médicaments immédiatement nécessaires, 100€ TTC maximum
4. **Téléassistance ponctuelle à domicile**
 - En cas d'immobilisation au moins égale à 5 jours, mise à disposition du service pendant 3 mois maximum
5. **Soutien scolaire**
 - En cas d'ALD d'un parent, aide aux devoirs par téléphone ou internet, 5 utilisations maximum par enfant
6. **Assistance pédagogique**
 - En cas d'absence scolaire supérieure à 2 semaines, prise en charge d'un répétiteur à domicile pendant 10 heures par semaine pendant 2 semaines
7. **Assistance psychologique**
 - En cas d'événement traumatisant, évaluation de la situation individuelle et soutien psychologique par téléphone ou en cabinet
 - En cas d'immobilisation
8. **Prévention**
 - Mon Coach Bien-Etre : évaluation de la situation individuelle, recommandations personnalisées via une solution digitale permettant d'apprendre à mieux manger, à retrouver la forme physique, à gérer son stress et son sommeil et 4 entretiens avec des experts
9. **Aide au retour à l'emploi**
 - Information et évaluation sur la situation professionnelle par téléphone
 - En cas d'immobilisation ou d'ALD
10. **Aide administrative**
 - Gestion administrative et secrétariat par intérim
 - Forfait de 10h
11. **Décès**
 - Frais de transport pour les membres de la famille qui accompagnaient le bénéficiaire décédé
 - 300€/bénéficiaire

COMMISSIONNEMENT

- **Modulable**

MODULASSUR