

Vos prestations

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.

Régime Obligatoire
en % de la BRSS^(*)

Cap Eco

Cap Eco +

HOSPITALISATION médicale ou chirurgicale, y compris maternité			
Frais de séjour et d'hébergement			
- Établissements conventionnés (y compris les maisons de repos)	80% ⁽¹⁾	100%	100%
- Établissements conventionnés (y compris les maisons de repos)	100% ⁽¹⁾	100%	100%
- Établissements non conventionnés	80% ⁽¹⁾	100%	100%
- Établissements non conventionnés	100% ⁽¹⁾	100%	100%
Forfait journalier hospitalier (hors EHPAD ^(*))	Néant	100% du FV ^(*)	100% du FV ^(*)
Franchise sur les actes lourds	Néant	100% du FV ^(*)	100% du FV ^(*)
Honoraires chirurgie / anesthésie	80% ⁽¹⁾	100%	100%
Honoraires chirurgie / anesthésie	100% ⁽¹⁾	100%	100%
Transports sanitaires pris en charge par le RO^(*)	65%	100%	100%
Maternité			
- Accouchement	100%	100%	100%
- Actes d'obstétrique, soins et honoraires	100%	100%	100%
Interruption Volontaire de Grossesse	100%	100%	100%
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie)	70%	100%	100%
Radiologie et échographie	70%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par le RO^(*) (y compris dépistage de l'hépatite B)	60%	100%	100%
Honoraires paramédicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	60%	100%	100%
Médicaments prescrits pris en charge par le RO^(*)			
- à 65 %	65%	100%	100%
- à 30 %	30%	30%	100%
- à 15 %	15%	15%	100%
Cure thermale prise en charge par le RO^(*) (soins et forfait surveillance)	65% ou 70% ⁽¹⁾	100%	100%
Vaccinations prescrites (même non prises en charge par le RO ^(*))	-	FR ^(*)	FR ^(*)
OPTIQUE			
Monture, verres, lentilles et suppléments pris en charge par le RO^(*) y compris les équipements «100% Santé» ⁽²⁾	60%	100%	100%
DENTAIRE			
Soins pris en charge par le RO^(*)	70%	100%	100%
Orthodontie prise en charge par le RO^(*)	70% ⁽¹⁾	100%	100%
Orthodontie prise en charge par le RO^(*)	100% ⁽¹⁾	100%	100%
Prothèses et implantologie prises en charge par le RO^(*) y compris les équipements «100% Santé» ⁽²⁾	70%	100%	100%
AIDES AUDITIVES			
Aides auditives (toutes classes y compris «100% Santé» ⁽²⁾) et suppléments pris en charge par le RO ^(*) (dont suivi et piles)	60%	100%	100%
MATERIEL MEDICAL			
Prothèses capillaires, semelles orthopédiques, etc.	60%	100%	100%
AUTRES PRESTATIONS			
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (Arrêté du 8 juin 2006)			
- Pris en charge par le RO ^(*) à 70 %	70%	100%	100%
- Pris en charge par le RO ^(*) à 100 %	100%	100%	100%
Service d'accès à des Téléconsultations Médicales gratuites	Néant	OUI	OUI
Service de Tiers Payant	-	OUI	OUI
Service Mutuelle Bleue Assistance	Néant	OUI	OUI
PREVOYANCE (facultative)			
Protection Hospi	Versement d'une indemnité forfaitaire de 7 € par jour d'hospitalisation		
Protection Accident	Versement d'un capital de 7 500 € en cas de décès accidentel ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, par accident		
Capital Equipement Handicap / Dépendance	Versement d'un capital de 1 500 € en cas de survenance de dépendance ou de handicap		

(*) BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale - EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes - FV : Forfait en Vigueur - RO : Régime Obligatoire - FR : Frais Réels

(1) En fonction de la nature des soins.

(2) Depuis le 1^{er} janvier 2020, vous pouvez bénéficier d'équipements «100% Santé» à prix plafonnés : il s'agit d'équipements optiques et d'aides auditives à Prix Limites de Vente fixés par le Comité Economique des Produits de Santé, ainsi que de soins dentaires prothétiques à 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. Vous bénéficiez de ces prix réglementés, et êtes remboursé(e) dans les conditions fixées dans ce Tableau des garanties et dans le Règlement Mutualiste afférent en vigueur, ce qui peut occasionner un éventuel reste à charge.

Tous les pourcentages indiqués dans le Tableau des garanties 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 1^{er} janvier 2021 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 fixée à ce jour à 1 euro, 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 des garanties, les niveaux de couverture indiqués incluent le Ticket Modérateur.

Vos prestations

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.

Régime Obligatoire
en % de la BRSS^(*)

Cap Eco

Cap Eco +

HOSPITALISATION médicale ou chirurgicale, y compris maternité			
Frais de séjour et d'hébergement			
- Établissements conventionnés (y compris les maisons de repos)	100%	100%	100%
- Établissements non conventionnés	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier (hors EHPAD ^(*))	100%	100% du FV ^(*)	100% du FV ^(*)
Franchise sur les actes lourds	100%	100% du FV ^(*)	100% du FV ^(*)
Honoraires chirurgie / anesthésie	100%	100%	100%
Transports sanitaires pris en charge par le RO^(*)	100%	100%	100%
Maternité			
- Accouchement	100%	100%	100%
- Actes d'obstétrique, soins et honoraires	100%	100%	100%
Interruption Volontaire de Grossesse	100%	100%	100%
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie)	90%	100%	100%
Radiologie et échographie	90%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par le RO^(*) (y compris dépistage de l'hépatite B)	90%	100%	100%
Honoraires paramédicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	90%	100%	100%
Médicaments prescrits pris en charge par le RO^(*)			
- à 90 %	90%	100%	100%
- à 80 %	80%	80%	100%
- à 15 %	15%	15%	100%
Cure thermale prise en charge par le RO^(*) (soins et forfait surveillance)	90%	100%	100%
Vaccinations prescrites (même non prises en charge par le RO ^(*))	-	FR ^(*)	FR ^(*)
OPTIQUE			
Monture, verres, lentilles et suppléments pris en charge par le RO^(*) y compris les équipements «100% Santé» ⁽²⁾	90%	100%	100%
DENTAIRE			
Soins pris en charge par le RO^(*)	90%	100%	100%
Orthodontie prise en charge par le RO^(*)	90% ⁽¹⁾	100%	100%
Orthodontie prise en charge par le RO^(*)	100% ⁽¹⁾	100%	100%
Prothèses et implantologie prises en charge par le RO^(*) y compris les équipements «100% Santé» ⁽²⁾	90%	100%	100%
AIDES AUDITIVES			
Aides auditives (toutes classes y compris «100% Santé» ⁽²⁾) et suppléments pris en charge par le RO^(*) (dont suivi et piles)	90%	100%	100%
MATERIEL MEDICAL			
Prothèses capillaires, semelles orthopédiques, etc.	90%	100%	100%
AUTRES PRESTATIONS			
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (Arrêté du 8 juin 2006)			
- Pris en charge par le RO ^(*) à 90 %	90%	100%	100%
- Pris en charge par le RO ^(*) à 100 %	100%	100%	100%
Service d'accès à des Téléconsultations Médicales gratuites	Néant	OUI	OUI
Service de Tiers Payant	-	OUI	OUI
Service Mutuelle Bleue Assistance	Néant	OUI	OUI
PREVOYANCE (facultative)			
Protection Hospi	Versement d'une indemnité forfaitaire de 7 € par jour d'hospitalisation		
Protection Accident	Versement d'un capital de 7 500 € en cas de décès accidentel ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, par accident		
Capital Equipement Handicap / Dépendance	Versement d'un capital de 1 500 € en cas de survenance de dépendance ou de handicap		

(*) BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale - EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes - FV : Forfait en Vigueur - RO : Régime Obligatoire - FR : Frais Réels

(1) En fonction de la nature des soins.

(2) Depuis le 1^{er} janvier 2020, vous pouvez bénéficier d'équipements «100% Santé» à prix plafonnés : il s'agit d'équipements optiques et d'aides auditives à Prix Limites de Vente fixés par le Comité Economique des Produits de Santé, ainsi que de soins dentaires prothétiques à 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. Vous bénéficiez de ces prix réglementés, et êtes remboursé(e) dans les conditions fixées dans ce Tableau des garanties et dans le Règlement Mutualiste afférent en vigueur, ce qui peut occasionner un éventuel reste à charge.

Tous les pourcentages indiqués dans le Tableau des garanties 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 1^{er} janvier 2021 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 fixée à ce jour à 1 euro, 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 des garanties, les niveaux de couverture indiqués incluent le Ticket Modérateur.