smapri

humanis

Exploitants agricoles du Lot-et-Garonne

> Vos garanties frais de santé

Les prestations ci-dessous comprennent le complément du régime de base (Mutualité Sociale Agricole ou Sécurité sociale).
Le total des remboursements de la Mutualité Sociale Agricole (ou Sécurité sociale), de Smapri et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

DESIGNATION DES ACTES	Remboursement total Régime de base + Mutuelle
Frais médicaux Consultations, visites, médecin ou spécialiste	100% de la BR
Auxiliaires Médicaux, soins infirmiers, massages, pédicure, orthophonistes, orthoptiste	100% de la BR
Sages femmes	100% de la BR
Analyses, examen de laboratoire	100% de la BR
Radiographie, électroradiologie	100% de la BR
Cures Thermales acceptées	100% de la BR
Frais de transport	100% de la BR
Pharmacie Pharmacie	100% de la BR
Frais d'optique Verres, montures, lentilles, prise en charge acceptée par le régime de base	455% de la BR +forfait de 200€/an et par bénéficiaire
Frais dentaires prothèses dentaires acceptées par le régime de base	250% de la BR + Forfait 300€ par an et par bénéficiaire
Soins et honoraires	170% de la BR
Orthodontie acceptée (Enfants moins de 16 ans)	300% de la BR
Orthodontie non prise en charge par le régime de base	200€/ an
Appareillage Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses sauf auditives	100% de la BR
Prothèses auditives	455% de la BR
Hospitalisation et psychiatrie (secteur conventionné ou non) Frais de Soins et séjour	100% de la BR
Dépassements d'honoraires	Si hospitalisation prise en charge à 100 % par le régime de base : 250% de la BR Si hospitalisation prise en charge à 80 % par le régime de base : 230% de la BR
Chambre particulière	25€/jour
Forfait journalier Hospitalier	100% des Frais Réels
Maternité (secteur conventionné ou non) Frais de Soins et séjour	100 % de la BR
Dépassement d'honoraires et chambre particulière	100% des Frais Réels dans la limite de 1/3 du PMSS par maternité
Actes de prévention (conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable) Prise en charge de l'intégralité des actes de prévention instaurés dans le cadre du dispositif des « contrats responsables »	100% de la BR sur la totalité des actes prévus dans l'arrêté du 8 juin 2006

BR : Base de remboursement du régime de base (MSA/SS)

POUR RÉSILIER VOTRE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ACTUELLE

1) **Vérifiez** les conditions de résiliation sur le contrat, dans l'article Résiliation. Généralement, votre demande doit parvenir chez l'assureur 2 mois avant la fin de la période d'engagement en cours.

2) **Indiquez** le nom et l'adresse du destinataire de votre lettre de résiliation ci-contre dans le cadre en haut à droite.

3) **Indiquez** dans l'encadré prévu ci-contre, vos nom et prénom ainsi que ceux des bénéficiaires, sans oublier de mentionner le numéro de votre contrat à résilier

4) **Datez et signez** votre lettre de résiliation.

5) **Placez** votre lettre sous enveloppe et postez-la **en envoi recommandé avec accusé de réception.**

À découper suivant les pointillés

Nom et prénom de l'assuré : _____

Nom et prénom des bénéficiaires : _____

_____

N° de contrat : _____

Lettre recommandée
avec accusé de réception

Madame, Monsieur,

Je vous remercie de bien vouloir procéder à la résiliation de mon assurance complémentaire "frais de santé" à l'issue de ma période d'engagement en cours, dans les conditions prévues au contrat.

Je vous saurais gré de me transmettre **un certificat de radiation** par retour du courrier et de faire le nécessaire pour arrêter, à compter de cette date de résiliation, les échanges informatiques avec ma Caisse de Sécurité sociale ou de MSA.

Vous remerciant de votre intervention, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Fait à : _____

Le : ____/____/_____

Signature :

IMP566-02-APRIONIS08-10