

MEDICO

(âge à l'adhésion)

Garantie < 65 ans / Sans QM

L'ESSENTIEL

Pour qui ?

Particulièrement adapté pour :

- Les indépendants proches de la quarantaine qui restent dans ce statut jusqu'à leur retraite.

Pour quoi ?

Pour répondre aux attentes des indépendants qui ont :

- Des besoins poussés en santé, et la possibilité de déduire leur cotisation dans le cadre de la loi Madelin.
- Intérêt à investir pour leur retraite par le maintien du tarif âge à l'adhésion.

Caractéristiques Produit

- 3 niveaux sans Questionnaire Médical.
- En âge à l'adhésion.

Les Plus

Plus Produit

- Jusqu'aux Frais Réels en hospitalisation y compris la chambre particulière.
- Médecines naturelles, prévention, prime mariage...

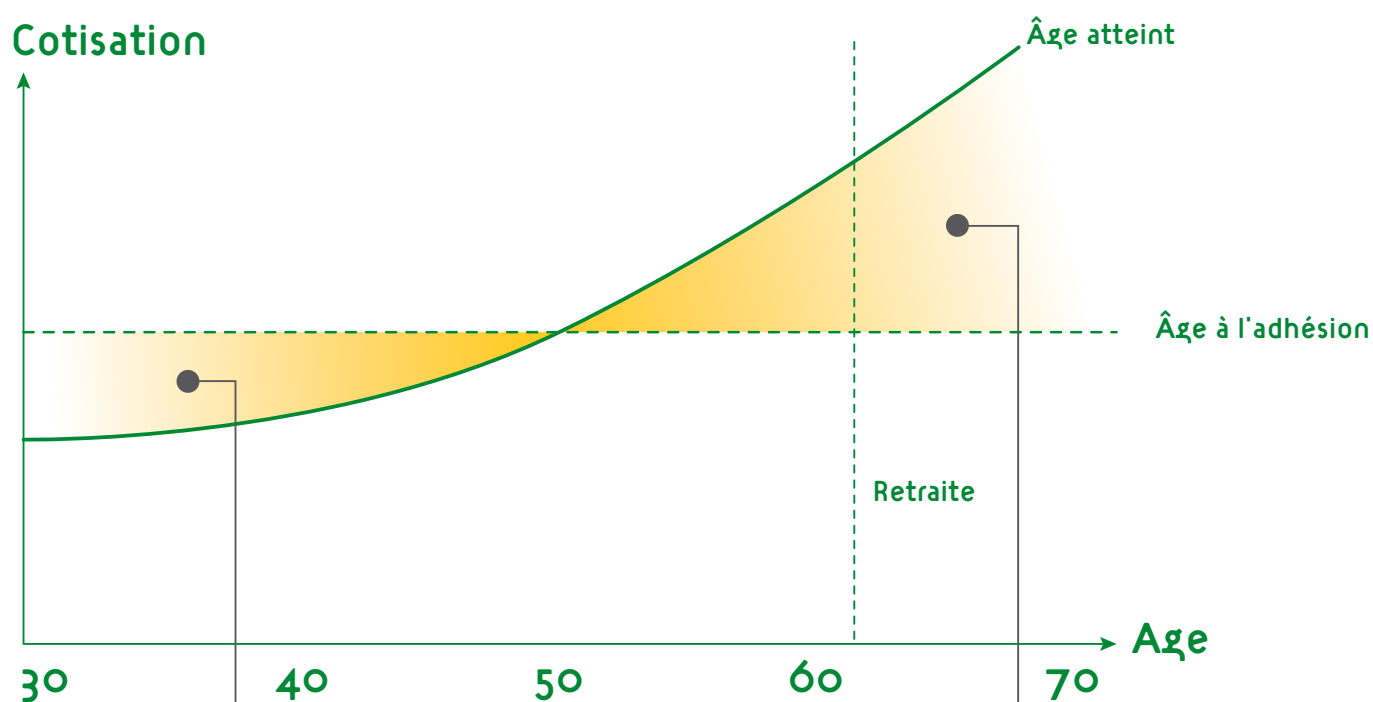
Plus Tarifs

- Cotisations en âge à l'adhésion : véritable prime à la fidélité, cette formule permet de ne payer toute sa vie que le montant de la cotisation correspondant à son âge à l'adhésion.
- 3 zones tarifaires.
- Tarifs préférentiels professions médicales (avec exclusions de prestations).
- Franchise de remboursements (optionnelle).
- Cotisations déductibles dans le cadre de la loi Madelin.
- Offre de bienvenue à votre main.

Plus Services

- Tiers payant étendu.
- Assistance permanente 24 h / 24 h.
- Exonération pendant 2 ans des cotisations de la famille en cas de décès accidentel de l'Adhérent ou de son conjoint.
- Exonération pendant 12 mois des cotisations (dans la limite de 320 € par personne assurée) en cas de perte d'emploi de plus de 12 mois consécutifs.

Idéale pour les indépendants
autour de 40 ans !



Vos clients indépendants traitent leurs cotisations en Loi Madelin pendant la période d'activité (le moment où ils paient plus cher qu'un âge atteint).

À la retraite, leurs cotisations sont entièrement à leur charge mais ils bénéficient toujours du tarif correspondant à l'âge qu'ils avaient lors de leur adhésion.

MEMO MEDICO

Toute personne en complément de son régime de base, y compris les résidents des DOM

- Âge limite d'adhésion : **avant 65 ans.**
- Formalités médicales : 3 niveaux sans formalité médicale.
- Âge à l'adhésion : formule originale dans laquelle la cotisation d'assurance n'évolue pas en fonction de l'âge de l'Adhérent.
- Calcul de l'âge pour la cotisation : âge au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion (né le 02/01/1950 = 58 ans en 2009).
- Date d'effet : l'adhésion prend effet au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion.
- Durée de l'adhésion : garantie viagère au 1^{er} jour sous réserve du paiement des cotisations.
Pas d'exclusion, ni de majoration de cotisation en cas de dégradation de l'état de santé de votre client



Notice MEDICO

L'ADHÉSION MEDICO

Avant l'adhésion

Réduction de cotisations

- La cotisation du 3^{ème} enfant de moins de 20 ans et des suivants est gratuite.

Cotisation d'Association

- 1,50 € par mois et par dossier en option 1D et 100/150.
- 2,60 € par mois et par dossier en option 1B.

Droit d'entrée

- 11 € pour la constitution du dossier.
- 0 € si déjà Adhérent Alptis.

Fractionnement des cotisations

- Vos clients peuvent acquitter leurs cotisations au mois, au trimestre, au semestre ou à l'année par prélèvement automatique bancaire et sans frais supplémentaire.

Délais d'attente

- Uniquement pour les niveaux 100/150 et 1B, si l'assuré bénéficiait d'une garantie antérieure de niveau inférieur dans les 60 jours qui précèdent l'adhésion, **l'assuré est alors remboursé sur la base du niveau 1D** pendant :
 - 3 mois pour les soins courants, la maladie, l'hospitalisation et la maternité,
 - 9 mois pour les prothèses dentaires, l'orthodontie et l'optique.
- Si l'assuré ne bénéficiait pas de garantie antérieure, les délais ci-dessus s'appliquent totalement.
- Abrogation des délais d'attente pour les actes effectués dans le cadre du parcours de soins.
- Pas de délai d'attente pour :
 - ceux qui adhèrent avant leur 35^{ème} anniversaire,
 - les soins consécutifs à un accident ou une maladie infectieuse, sur présentation de justificatifs,
 - les Adhérents bénéficiant d'une garantie équivalente à la date d'adhésion (60 jours maximum d'interruption),
 - les membres des professions libérales dans les 6 mois suivant leur inscription au régime d'assurance vieillesse,
 - les commerçants et artisans dans les 6 mois suivant leur inscription au registre du commerce ou des métiers.

Avant l'adhésion

Franchise de remboursement (optionnelle)

- La cotisation familiale est réduite de 22 % si votre client renonce aux premiers remboursements de ses prestations à hauteur de 15 % de sa cotisation annuelle.
- Il est toujours gagnant, au mieux de 22 % (consommation médicale annuelle nulle), "au pire" de 7 % ($22\% - 15\% = 7\%$).
- N'entrent pas dans le compte de la franchise les actes effectués dans le parcours de soins ni les actes de prévention.
- Cette option exclut la possibilité de souscription du Tiers Payant.

Loi Madelin

- Déductibilité au titre de la Loi Madelin.
- Les travailleurs non salariés, non agricoles, en activité peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale de leurs cotisations.
- Pour en bénéficier, il suffit de joindre les justificatifs de la Caisse d'Assurance Vieillesse, attestant que votre client et éventuellement ses ayants droit sont à jour de cotisations.

Après l'adhésion

Affiliation d'un ayant droit

- Délais d'attente supprimés en cas de mariage ou de naissance dans un délai de 2 mois suivant l'événement.

Changement de la situation de votre Adhérent

- Votre client doit informer Alptis de tout :
 - changement d'adresse,
 - changement de département => les éventuelles modifications tarifaires liées au changement prennent effet au 1^{er} janvier de l'année suivante,
 - changement de régime de base.

Changement de Garantie

- Après 1 an d'adhésion à sa garantie, votre client peut demander la modification de son option pour un effet au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet, suivant la demande.
- Dans ce cas : pas de délai d'attente, mais application des plafonds dentaires s'il y a lieu.

Demande de remboursement

- Le règlement des prestations s'effectue avec :
 - les décomptes originaux des prestations,
 - les notes d'honoraires ou factures acquittées,
 - un acte de naissance de l'enfant pour le versement de l'indemnité forfaitaire de naissance,
 - un jugement d'adoption pour le versement de l'indemnité forfaitaire d'adoption.
- Les demandes de remboursement doivent être présentées dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de cessation des soins.
- Pour les assurés sociaux du régime général de la Sécurité sociale ou de la RAM, Alptis pratique la télétransmission, ceci permet d'éviter l'envoi des décomptes. Cette liaison est réalisable à réception des attestations délivrées avec la Carte Vitale de tous les Assurés inscrits.

Prise en charge hospitalière

- Délivrée sur simple demande. En cas d'hospitalisation en France, dans un établissement conventionné pratiquant le Tiers Payant avec les Caisses de Sécurité sociale, Alptis délivre des prises en charge.

Tiers Payant

- En option 1,50 € par mois et par famille (sauf si souscription de l'option franchise de remboursement qui rend impossible la souscription du tiers payant).

Cessation des garanties

- En cas de résiliation par l'Adhérent, à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois (avant 1^{er} novembre) => les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31/12).
- En cas de non-paiement des cotisations, Alptis adresse par lettre recommandée pour le compte de l'assureur une mise en demeure pouvant entraîner la résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

PRESTATIONS MEDICO

		1D	100/150	1B
HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE • Tiers Payant (2)	• Etablissement conventionnés	130 % ou 150 % BRSS	180 % ou 200 % BRSS	100 % FR-RB
	• Etablissement non conventionnés	130 % ou 150 % BRSS	180 % ou 200 % BRSS	80 % ou 100 % BRSS + 90 % FR + max. 23 €/jour
	• Chambre particulière	100 % FR	100 % FR	Inclus dans les FR
	• Lit accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans	100 % FR	max. 18 €/j	Inclus dans les FR
	• Forfait hospitalier (1)	100 % FR	100 % FR	100 % FR
	• Séjour en maison de repos ou de convalescence suite à une hospitalisation (maximum 90 jours par an et par bénéficiaire)	Rembt identique à celui prévu en cas d'hospitalisation	180 % ou 200 % BRSS + chbre part. max. 16 €/j	Rembt identique à celui prévu en cas d'hospitalisation
	• Séjour sur prescription médicale en maison de repos, maison d'enfants (maximum 90 jours par an et par bénéficiaire)	100 % BRSS	180 % ou 200 % BRSS	110 % ou 130 % BRSS si accord
SOINS HOMOLOGUÉS HORS HOSPITALISATION	• Consultations et visites	150 % BRSS	170 % BRSS	170 % BRSS
	• Auxiliaires médicaux, analyses • Tiers Payant (2)	100 % BRSS	160 % BRSS	160 % BRSS
	• Actes d'imagerie et d'échographie • Tiers Payant (2)	100 % BRSS	170 % BRSS	170 % BRSS
	• Actes de chirurgie, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, anesthésies	100 % BRSS	170 % BRSS	170 % BRSS
	• Pharmacie • Tiers Payant (2)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
	• Actes d'ostéopathe, d'étéopathe, de pédicure, de podologue, de chiropracteur, d'acupuncteur, de diététicien, non pris en charge par le régime de base (5 séances/année d'adhésion (C'est à dire par période de 12 mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie) /bénéficiaire, toutes spécialités confondues)	Néant	max. 11 €/séance	max. 11 €/séance
	• Transports médicalement prescrits pour traitement ou hospitalisation • Tiers Payant (2)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER (prise en charge par le régime de base)	• Hospitalisation	Rembt RB + 100 % BRSS	Rembt RB + 100 % BRSS	Rembt RB + 100 % BRSS
	• Soins hors hospitalisation	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
PRÉVENTION	• Actes de prévention pris en charge par le régime de base (3)	100 % BRSS	Rembt RB + 100 % BRSS	Rembt RB + 100 % BRSS
	• Vaccin contre la grippe (sans limite d'âge)	100 % FR	100 % FR	100 % FR
	• 1 autre vaccin (par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	Rembt RB max. 16 €
DENTAIRE	• Soins	100 % BRSS	170 % BRSS	145 % BRSS
	• Prothèses remboursables par le régime de base	170 % BRSS	220 % BRSS	290 % BRSS
	• Orthodontie remboursable par le régime de base	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
	• Prothèses non prises en charge par le régime de base et pour les traitements parodontologiques (avis et si accord préalable de notre dentiste conseil)	100 % TCR	150 % TCR	220 % TCR
	• Plafonds dentaires par année d'adhésion et par bénéficiaire (4)	1 ^{ère} année d'adhésion : 305 € 2 ^{ème} année d'adhésion : 610 € 3 ^{ème} année d'adhésion : Plus de max.	305 € 610 € Plus de max.	610 € 1 220 € Plus de max.
OPTIQUE	• Verres • Tiers Payant (2)	65 % BRSS + max. 50 €	Rembt RB + 6 % du PMSS (1 fois/an/bénéficiaire)	65 % BRSS + max. 125 €
	• Monture • Tiers Payant (2)	65 % BRSS + max. 35 €		65 % BRSS + max. 85 €
	• Lentilles remboursables par le régime de base	65 % BRSS + max. 50 € (1 paire/an/bénéf.)		100 % FR-RB
	• Lentilles médicalement prescrites non prises en charge par le régime de base	max. 50 € (1 paire/an/bénéf.)		max. 110 €/an
	• Chirurgie réfractive (intervention au laser pour la myopie ou la presbytie) (5)	Néant	Néant	max. 210 €/an
APPAREILLAGE	• Orthopédie et autres	100 % du BR + max. 46 €	165 % BRSS	265 % BRSS
	• Prothèses auditives	100 % du BR + max. 46 €	165 % BRSS	465 % BRSS
	• Ostéodensitométrie non prise en charge	Néant	Néant	max. 122 €/an
FORFAITS	• Naissance (6)	Forfait 10 % du PMSS	Forfait 10 % du PMSS	Forfait 200 €
	• Chambre particulière maternité	100 % FR		100 % FR (Ets conv.) 90 % (Ets non conv.)
	• Cures thermales ou thalassothérapie en France médicalement prescrites et remboursées ou non prises en charge par le régime de base (max. 21 jours par an et par bénéficiaire)	Rembt RB + 10 % du PMSS	Rembt RB + 10 % du PMSS	Rembt RB + 14 €/jour
	• Prime au 1 ^{er} mariage	Néant	Néant	39 €
	• Aide immédiate au décès	Néant	Néant	475 €

Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurance visés à l'article L871.1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables". Ces remboursements incluent les remboursements du régime de base ; ils ne peuvent dépasser les frais restant à la charge de l'Assuré (sauf pour les montants exprimés en euros).

	1D	100/150	1B
Exemples de remboursements MEDICO			
Consultation spécialiste en parcours de soins, honoraires libres, avis régulier, BRSS : 23 € La contribution forfaitaire de 1€ reste à la charge de l'assuré	Jusqu'à 33,50 €	Jusqu'à 38,10 €	Jusqu'à 38,10 €
Verres unifocaux + monture* (par année et par bénéficiaire) BRSS : 17,48 €	Jusqu'à 85 €	Jusqu'à 166 €	Jusqu'à 210 €
Une prothèse dentaire SPR50, BRSS : 107,50 €**	Jusqu'à 182,75 €	Jusqu'à 236,50 €	Jusqu'à 311,75 €

* En plus de la part Régime de Base. ** Y compris part Régime de Base.

SURCOMPLÉMENTAIRE (Age atteint)

La Surcomplémentaire couvre les dépassements d'honoraires qui restent à la charge des Assurés, après l'intervention du régime de base et d'une 1^{ère} complémentaire. Essentielle pour plus de confort dans les domaines à fort dépassement tels que l'optique, les prothèses dentaires ou l'orthodontie. Les remboursements sont versés EN PLUS des remboursements du régime de base et d'une couverture complémentaire dans la limite des frais réels. La contribution forfaitaire reste à la charge de l'Assuré.

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE	• Etablissements conventionnés	10 % des FR
	• Etablissements non conventionnés	10 % des FR durée max. : 2 fois celle de l'hospitalisation
	• Séjour en maison de repos ou de convalescence suite à une hospitalisation	250 % BRSS
SOINS* HOMOLOGUÉS HORS HOSPITALISATION	• Consultations et visites	250 % BRSS
	• Analyses, actes d'imagerie, auxiliaires médicaux, actes de chirurgie, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, travaux de laboratoire, anesthésies, échographies, transport	200 % BRSS
	• Pharmacie vignettes blanches prescrites dans le cadre du parcours de soins	30 % BRSS
SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER		100 % BRSS
SOINS HORS NOMENCLATURE	• Soins dispensés par un praticien D.E., pratiquant dans le cadre de ses compétences légales : l'ostéopathie, la chiropractie, l'étiopathie	Forfait 16 € par séance max. 5 remboursements/an/bénéficiaire
DENTAIRE	• Prothèses remboursables par le régime de base	220 % BRSS
	• Prothèses non remboursables par le régime de base (avis et si accord préalable de notre dentiste conseil)	220 % TCR
	• Orthodontie remboursable par le régime de base	200 % BRSS
	• Maximum de remboursement	1 ^{ère} année d'adhésion : 460 € 2 ^{ème} année d'adhésion : 920 € 3 ^{ème} année et les suivantes : Plus de max.
OPTIQUE	• Verres	55 % des FR
	• Monture	max. 67 €
	• Lentilles médicalement prescrites non remboursables par le régime de base non jetables	max. 78 €/an/bénéficiaire
FORFAITS	• Naissance (6)	165 €
	• Cures thermales médicales et thalassothérapie médicalement prescrites et remboursées par le régime obligatoire	8 €/j max. 21 jours/an/bénéficiaire
PRÉVENTION	• Actes de prévention remboursés par le régime de base (3)	250 % BRSS

Définitions

B.R.S.S. (Base de Remboursement Sécurité sociale)

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

T.C.R. (Tarif de Convention Reconstitué)

Base tarifaire établie par notre dentiste conseil à partir du tarif de convention qui aurait été appliqué par le régime de base si le traitement avait été pris en charge par ce dernier.

F.R. (Frais Réels)

Montant des dépenses réglées par l'Assuré.

R.B.

Régime de Base.

P.M.S.S. (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)

Salaire minimum fixé par décret et qui sert de référence pour déterminer certaines cotisations et certaines prestations, soit au 01/01/2009 : 2 859 €, soit un PASS de 34 308 €.

D.E.

Diplôme d'Etat

Renvois

(1) Forfait hospitalier

Ce montant correspond au forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

(2) Tiers payant

Tiers payant pharmacie et hospitalisation disponibles dans tous les départements (ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin) et selon accords départementaux pour les autres prestations, dans la limite du ticket modérateur.

(3) Actes de prévention

L'ensemble des actes de prévention fixés par l'arrêté du 8 juin 2006.

(4) Plafonds dentaires

Les maxima dentaires annuels s'appliquent sur les prothèses dentaires et l'orthodontie.

(5) Chirurgie réfractive

Le versement de ce forfait exclut tout autre remboursement en optique dans l'année civile.

(6) Maternité

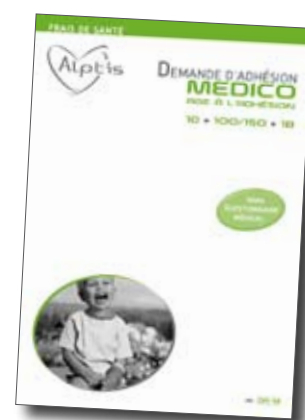
En cas de césarienne, la garantie est acquise dans les conditions normales de l'hospitalisation. Le forfait naissance est également versé.

TARIFS 2009 MEDICO

Réductions

- Cotisation 3^{ème} enfant de moins de 20 ans et suivants : **gratuite pour MEDICO.**
- Offre de bienvenue : **vous avez le choix entre 3 tarifs**
 - le tarif standard STD,
 - l'offre de bienvenue R10 : - **10 %** sur la cotisation d'assurance de 1^{ère} année,
 - l'offre de bienvenue R20 : - **20 %** sur la cotisation d'assurance de 1^{ère} année,
- **10 %** sur la cotisation d'assurance de 2^{ème} année.

Pensez à cocher cette option sur la demande d'adhésion.



DA

- Franchise de Remboursements (optionnelle).
- Tarifs préférentiels pour certaines professions, liés à l'exclusion des prestations.

Professions	Exclusions	1D	100/150	1B
Chirurgiens-dentistes	Soins et prothèses dentaires Orthodontie (obligatoire)	-16 %	-20 %	-25 %
Opticiens	Optique (obligatoire)	-7 %	-10 %	-16 %
Prothésistes dentaires	Soins et prothèses dentaires Orthodontie (facultative)	-5 %	-7 %	-18 %

Cotisations

- Cotisation d'Association : **1,50 € / mois / dossier en option 1D et 100/150,**
2,60 € / mois / dossier en option 1B,
2,60 € / mois / dossier pour la surcomplémentaire.
- Droit d'entrée nouvel adhérent : **11 €.**

TARIFS 2009

en € / mois / personne assurée

MEDICO et SURCOMPLÉMENTAIRE

MEDICO

Zone 1

01, 03, 04, 05, 12, 14, 16, 17, 18, 22, 24, 25, 26, 29, 32, 36, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 48, 49, 50, 53, 58, 61, 63, 64, 70, 72, 73, 74, 79, 85, 88, 89, 90

Age à l'adhésion	Régime des Salariés et TNS			Age à l'adhésion	Régime AMEXA		
	1D	100/150	1B		1D	100/150	1B
0-19	34,14 €	39,55 €	50,04 €	0-19	30,76 €	35,98 €	47,61 €
20-34	61,32 €	70,27 €	85,12 €	20-34	53,05 €	60,30 €	71,04 €
35-45	63,69 €	78,55 €	88,58 €	35-45	55,07 €	67,56 €	73,83 €
46-55	94,45 €	107,96 €	123,37 €	46-55	81,61 €	92,76 €	106,51 €
56-60	114,89 €	127,57 €	142,46 €	56-60	99,01 €	109,84 €	118,48 €
+60	127,05 €	137,68 €	148,55 €	+60	109,47 €	118,94 €	123,17 €

MEDICO

Zone 2

02, 07, 08, 09, 10, 11, 15, 19, 21, 23, 27, 28, 31, 34, 35, 37, 41, 46, 47, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 62, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 76, 77, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 97

Age à l'adhésion	Régime des Salariés et TNS			Age à l'adhésion	Régime AMEXA		
	1D	100/150	1B		1D	100/150	1B
0-19	36,53 €	42,32 €	53,54 €	0-19	32,91 €	38,50 €	50,94 €
20-34	65,61 €	75,19 €	91,08 €	20-34	56,76 €	64,52 €	76,01 €
35-45	68,15 €	84,05 €	94,78 €	35-45	58,92 €	72,29 €	79,00 €
46-55	101,06 €	115,52 €	132,01 €	46-55	87,32 €	99,25 €	113,97 €
56-60	122,93 €	136,50 €	152,43 €	56-60	105,94 €	117,53 €	126,77 €
+60	135,94 €	147,32 €	158,95 €	+60	117,13 €	127,27 €	131,79 €

MEDICO

Zone 3

06, 13, 20, 30, 33, 75, 78, 91, 92, 93, 94, 95

Age à l'adhésion	Régime des Salariés et TNS			Age à l'adhésion	Régime AMEXA		
	1D	100/150	1B		1D	100/150	1B
0-19	38,58 €	44,69 €	56,55 €	0-19	34,76 €	40,66 €	53,80 €
20-34	69,29 €	79,41 €	96,19 €	20-34	59,95 €	68,14 €	80,28 €
35-45	71,97 €	88,76 €	100,10 €	35-45	62,23 €	76,34 €	83,43 €
46-55	106,73 €	121,99 €	139,41 €	46-55	92,22 €	104,82 €	120,36 €
56-60	129,83 €	144,15 €	160,98 €	56-60	111,88 €	124,12 €	133,88 €
+60	143,57 €	155,58 €	167,86 €	+60	123,70 €	134,40 €	139,18 €

SURCOMPLÉMENTAIRE

Zone 1

01, 03, 04, 05, 12, 14, 16, 17, 18, 22, 24, 25, 26, 29, 32, 36, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 48, 49, 50, 53, 58, 61, 63, 64, 70, 72, 73, 74, 79, 85, 88, 89, 90

Age atteint	1D	100/150	1B
0-19	28,34 €	26,39 €	22,32 €
20-34	43,28 €	40,33 €	34,18 €
35-45	46,36 €	43,19 €	36,60 €
46-55	63,61 €	59,26 €	50,19 €
56-60	74,17 €	69,09 €	58,50 €
+60	77,64 €	72,32 €	61,24 €

Zone 2

02, 07, 08, 09, 10, 11, 15, 19, 21, 23, 27, 28, 31, 34, 35, 37, 41, 46, 47, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 62, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 76, 77, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 97

1D	100/150	1B
30,32 €	28,24 €	23,88 €
46,31 €	43,15 €	36,57 €
49,61 €	46,21 €	39,16 €
68,06 €	63,41 €	53,70 €
79,36 €	73,93 €	62,60 €
83,07 €	77,38 €	65,53 €

Zone 3

06, 13, 20, 30, 33, 75, 78, 91, 92, 93, 94, 95

1D	100/150	1B
32,02 €	29,82 €	25,22 €
48,91 €	45,57 €	38,62 €
52,39 €	48,80 €	41,36 €
71,88 €	66,96 €	56,71 €
83,81 €	78,07 €	66,11 €
87,73 €	81,72 €	69,20 €

Le tarif de la surcomplémentaire varie selon le niveau de la complémentaire MEDICO dont bénéficie l'adhérent.

TARIFS ALSACE MOSELLE 2009

en € / mois / personne assurée

MEDICO et SURCOMPLÉMENTAIRE

MEDICO

57 - 67 - 68

Age à l'adhésion	Régime Alsace Moselle		
	1D	100/150	1B
0-19	21,15 €	25,23 €	28,23 €
20-34	42,25 €	48,56 €	48,00 €
35-45	44,12 €	54,04 €	49,58 €
46-55	65,11 €	74,32 €	72,02 €
56-60	79,27 €	87,62 €	80,09 €
+60	87,47 €	95,28 €	83,80 €

SURCOMPLÉMENTAIRE

57 - 67 - 68

Age atteint	Régime Alsace Moselle	
	1D ou 100/150 ou 1B	
0-19	34,86 €	
20-34	53,15 €	
35-45	56,93 €	
46-55	78,15 €	
56-60	91,14 €	
+60	95,41 €	