

VOS GARANTIES REPRÉSENTANT NOTRE SOLUTION CORRESPONDANT À VOS BESOINS ET EXIGENCES

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés.
 Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré. Ces niveaux de garanties sont responsables et respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.
 Les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires.
 Les plafonds annuels mentionnés dans le tableau de garanties s'appliquent à compter de la date d'adhésion.

HOSPITALISATION MEDICALE – CHIRURGICALE – MATERNITE

	Niveau 3	Pack
HONORAIRES : DPTAM	150%	
HONORAIRES : Hors DPTAM	130%	
Forfait journalier hospitalier (Hors Ets médico-sociaux)	Frais réels	
Forfait patient urgences (FPU)	Frais réels	
Frais de séjour : Secteur conventionné	Frais réels	
Frais de séjour : Secteur non conventionné	100%	
Autres frais : Chambre particulière (1)	50€	
Autres frais : Lit accompagnement (1)	10€	
Autres frais : Téléphone, internet, télévision	Néant	
Autres frais : Frais de transport liés à une hospitalisation	100%	

SOINS COURANTS

	Niveau 3	Pack
Honoraires médicaux spécialistes et généralistes (hors psy) : DPTAM	150%	
Honoraires médicaux spécialistes et généralistes (hors psy) : Hors DPTAM	130%	
Actes techniques médicaux : DPTAM	150%	
Actes techniques médicaux : Hors DPTAM	130%	
Imagerie médicale : Actes d'imagerie et d'échographie : DPTAM	150%	
Imagerie médicale : Actes d'imagerie et d'échographie : Hors DPTAM	130%	
Analyses et examens de laboratoire	150%	
Honoraires paramédicaux	150%	
Médicaments : Remboursés par la sécurité sociale	100%	
Médicaments : Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Néant	50€/an
Matériels médical figurant sur la liste LPP	150%	
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable (2)	100%	
Médecine naturelle: Ostéopathe, Homéopathe, Acupuncteur, Naturopathe, Etiopathe, Diététicien, Chiropracteur, Micro-kinésithérapeute, Podologue, Sophrologue, Luminothérapeute, Hypnothérapeute - limitation à 5 séances par an	Néant	30€/séance
Cures thermales : Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100%	
Cures thermales : Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	Néant	200€/an
Vaccins non pris en charge par l'AM (Grippe A, hépatite A, typhoïde, fièvre jaune)	Néant	50€/an
Frais de transport hors hospitalisation	100%	
Séances de psychologue prises en charge par la Sécurité Sociale	100%	
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française	100%	

OPTIQUE (3)

	Niveau 3	Pack
Équipement 100% SANTE (verres et monture de classe A) (4)	Remboursement intégral	
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.	
Équipement HORS 100% SANTE à tarifs libres (verres et monture de classe B) : verres simples (5)	150€	
Équipement HORS 100% SANTE à tarifs libres (verres et monture de classe B) : verres complexes (6)	230€	
Équipement HORS 100% SANTE à tarifs libres (verres et monture de classe B) : verres très complexes (7)	250€	
Équipement HORS 100% SANTE à tarifs libres (verres et monture de classe B) : un verre simple et un verre complexe	190€	
Équipement HORS 100% SANTE à tarifs libres (verres et monture de classe B) : un verre simple et un verre très complexe	200€	
Équipement HORS 100% SANTE à tarifs libres (verres et monture de classe B) : un verre complexe et un verre très complexe	240€	
Équipement HORS 100% SANTE à tarifs libres (verres et monture de classe B) : Plafond monture	100€	
Lentilles de contact remboursées ou non	115€/an	
Chirurgie réfractive de l'œil (par œil/par an/par bénéficiaire)	150€	

VOS GARANTIES REPRÉSENTANT NOTRE SOLUTION CORRESPONDANT À VOS BESOINS ET EXIGENCES

DENTAIRE	Niveau 3	Pack
Soins et prothèses 100% SANTE (8)	Remboursement intégral	
Soins et prothèses hors 100% SANTE : Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire	150%	
Soins et prothèses hors 100% SANTE : Inlays-Onlays remboursés par la sécurité sociale	150%	
Soins et prothèses hors 100% SANTE : Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	150%	
Soins et prothèses hors 100% SANTE : parodontologie remboursés par la sécurité sociale	150%	
Soins et prothèses hors 100% SANTE : Prothèses dentaires (panier libre et maîtrisé), Inlay-core et implantologie remboursés par la sécurité sociale	150%	
Travaux dentaires non remboursés par la sécurité sociale (prothèses dentaires non remboursées, implantologie non remboursée, parodontologie non remboursée) – forfait annuel	160€/an/bénéficiaire	
Plafond dentaire annuel par an et par bénéficiaire sur les 24 premiers mois (hors 100% santé – uniquement pour les prothèses dentaires remboursées et non remboursées par la Sécurité sociale, implantologie et parodontologie non prise en charge la Sécurité sociale). Au-delà : remboursement au ticket modérateur (9)	300€/an/bénéficiaire	
Plafond dentaire annuel par an et par bénéficiaire à partir du 24 premiers mois (hors 100% santé – uniquement pour les prothèses dentaires remboursées et non remboursées par la Sécurité sociale, implantologie et parodontologie non prise en charge la Sécurité sociale). Au-delà : remboursement au ticket modérateur (9)	500€/an/bénéficiaire	

AIDES AUDITIVES (10)	Niveau 3	Pack
Equipements de classe 1 – 100% SANTE (11)	Remboursement intégral	
Aides auditives de classe 2 remboursées par la sécurité sociale (par année d'échéance à échéance)	150%BR	
Entretien et accessoires remboursés par la sécurité sociale	150%BR	

(1) Limitation à 30 nuitées par an

(2) La liste des actes de prévention pris en charge dans le cadre des « Contrats responsables » prévue au Code de la Sécurité sociale comprend les prestations suivantes : 1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant le 14ème anniversaire, 2. Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival (effectué en 2 séances maximum), 3. Un bilan de langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans, 4. Dépistage de l'hépatite B, 5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants, – Audiométrie tonale ou vocale, – Audiométrie tonale avec tympanométrie, – Audiométrie vocale dans le bruit, – Audiométrie tonale et vocale, – Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie, 6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans, 7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées, – Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges, – Coqueluche 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 18 mois.

(3) Remboursement limité aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. La période de 2 ans débute à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

(4) Équipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appariage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente – PLV) en application de l'article L 165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

(5) Verres simples : Verres dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptrie

(6) Verres complexes : Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptrie ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 dioptrie ou à verres multifocaux ou progressifs

(7) Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphéro cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptrie ou à verres multifocaux ou progressifs sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptrie

(8) Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention telle que prévue à l'article L 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente – PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L 162-14-2 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

(9) Le plafond dentaire concerne les prothèses dentaires remboursées ou non par la sécurité sociale, Inlay-core, implantologie et parodontologie non remboursés par la sécurité sociale. Les soins du panier 100% Santé sont exclus. Lorsque le plafond annuel est atteint, les remboursements postérieurs s'effectueront sur la base du Ticket modérateur.

(10) Remboursement limité aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive, par oreille, par période de 4 ans suivant l'acquisition de l'appareil et dans la limite d'un maximum de 1.700 € TTC par aide auditive (incluant la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et ticket modérateur) et dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

(11) Équipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe I à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente – PLV) en application de l'article L 165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.