

Les prestations sont exprimées en % de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale, du prix limite de vente (PLV) pour la garantie "Prestation d'adaptation", et incluent le remboursement de votre caisse de Sécurité sociale. Ces prestations sont accordées dans la limite de ce que vous payez réellement, rattachement que sur les postes dont la Sécurité sociale accepte la prise en charge (sauf pour les soins non remboursés par option précisée au barème) et plafonnées aux honoraires limites de facturation ou aux prix limites de vente.

	ECO	CONFORT	PRESTIGE	PREMIUM
	H1	H2	H3	H4
<b>HOSPITALISATION</b>				
Dans un établissement relevant de la loi hospitalière, public ou privé, conventionné ou non conventionné, y compris pour l'hospitalisation "de jour", dite ambulatoire				
Forfait journalier hospitalier	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS
Honoraires				
Participation forfaitaire	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS
Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup> )	100%	150%	200%	200%
Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup> )	100%	170%	220%	500%
Etablissements conventionnés ou non conventionnés				
Frais de séjour, salle d'opération	100%	125%	FRAIS REELS	FRAIS REELS
Chambre particulière - sauf affections psychiatriques	50€/jour	65€/jour	FRAIS REELS	FRAIS REELS
Frais d'accompagnant (hors restauration) <sup>(*)</sup>		25€/nuît	FRAIS REELS	FRAIS REELS
<b>SOINS COURANTS</b>				
	S1	S2	S3	S4
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux	100%	125%	180%	200%
Honoraires médicaux				
Consultations, visites généralistes et spécialistes conventionnés ou non conventionnés, actes techniques médicaux, actes de chirurgie en cabinet médical, actes d'imagerie et d'échographie (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup> )	100%	125%	140%	200%
Consultations, visites généralistes et spécialistes conventionnés ou non conventionnés, actes techniques médicaux, actes de chirurgie en cabinet médical, actes d'imagerie et d'échographie (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup> )	100%	145%	160%	300%
Sages-femmes	100%	125%	180%	200%
Analyses et examens de laboratoire	100%	125%	180%	200%
Médicaments	100%	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS
Matériel médical				
Ensemble des produits et prestations remboursables prévus à l'article L.165.1 du code de la Sécurité sociale (petits et grands appareillages, orthopédie,...) hors optique et auditif	100%	125%	195%	250%
Frais de transport (hors hospitalisation)	100%	125%	130%	150%
Cure thermale (plafond par an et par personne assurée)		250 €	650 €	700 €
<b>PREVENTION ET MEDECINES DOUCES (plafond par assuré et par année d'assurance)</b>				
	G1	G2	G3	G4
Médecines douces (ostéopathes, étioopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, diététiciens, psychologues)			100 €	200 €
Objets connectés pour ma santé (tensiomètre, oxymètre de pouls, bracelet d'activité)	50 €	50 €	50 €	100 €
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS
Médicament et dispositif prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	50 €	50 €	100 €	150 €
<b>OPTIQUE <sup>(2)</sup></b>				
	O1	O2	O3	O4
Remboursement maximum dans la limite d'un équipement par période de 2 ans (sauf pour les assurés de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue pour ceux de 16 ans et plus) dont un plafond de remboursement pour la monture à 100€				
Equipements 100% Santé <sup>(*)</sup> (Classe A)	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS
Equipements de classe B ou mixtes <sup>(**)</sup>				
Monture + 2 verres simples	100 €	200 €	300 €	420 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	150 €	250 €	350 €	520 €
Monture + 2 verres complexes	200 €	300 €	400 €	570 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	150 €	250 €	350 €	520 €
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	200 €	300 €	470 €	610 €
Monture + 2 verres très complexes	200 €	300 €	470 €	750 €
Lentilles y compris lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale (remboursement maximum par assuré et par année d'assurance)	100 €	100 €	400 €	500 €
Plafond global verres, monture et lentilles (par assuré et par année d'assurance)	300 €	300 €	650 €	800 €
Prestation d'adaptation	100%	100%	100%	100%
Chirurgie réfractive (par œil, par assuré et par année d'assurance)			400 €	500 €
<b>AIDES AUDITIVES <sup>(2)</sup></b>				
	O1	O2	O3	O4
Remboursement maximum dans la limite d'un équipement par oreille par période de 4 ans				
Equipements 100% Santé <sup>(*)</sup> (Classe I)	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS
Equipements de classe II <sup>(2)</sup>				
Avantage fidélité sur les équipements de classe II à partir de la 4ème année d'adhésion au contrat, par an et par personne assurée	50 €	50 €	100 €	150 €
<b>DENTAIRE <sup>(2)</sup></b>				
	D1	D2	D3	D4
Soins et prothèses 100% Santé <sup>(*)</sup>	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS
Soins	125%	125%	140%	200%
Prothèses	125%	150%	300%	400%
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	125%	150%	300%	400%
Avantage fidélité sur les prothèses dentaires hors 100% Santé et l'orthodontie acceptée, à partir de la 4ème année d'adhésion au contrat, par an et par personne assurée	50 €	50 €	100 €	150 €
Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale (remboursement maximum par assuré et par année d'assurance)			150 €	200 €
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale (remboursement maximum par assuré et par année d'assurance)			250 €	400 €
Actes hors nomenclature non prise en charge par la Sécurité sociale (remboursement maximum par assuré et par année d'assurance)				
Piliers implantaires		100 €	200 €	300 €
Implant		400 €	520 €	700 €
<b>NATALITE</b>				
	H1	H2	H3	H4
Allocation pour un assuré exerçant une activité du chiffre ou du droit libérale exclusivement	150 € <sup>(4)</sup>	500 €	1500 € <sup>(5)</sup>	1500 € <sup>(5)</sup>
Dans tous les autres cas	150 € <sup>(4)</sup>	250 € <sup>(4)</sup>	500 € <sup>(4)</sup>	500 € <sup>(4)</sup>

Les remboursements en optique sont en fonction du défaut de vision. Ceux-ci sont classés de la façon suivante :

Verre de "correction simple" :

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries;

Verre de "correction complexe" :

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries;

Verre de "correction très complexe" :

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie;

<sup>(\*)</sup> Pour la formule CONFORT : 25€/nuît x 10 nuît pour enfants < ou = 12 ans

Pour les formules PRESTIGE et PREMIUM: frais réels pour enfant mineur

(\*\*) Depuis le 01/01/2020 pour l'optique et les prothèses dentaires (Bridges, Couronnes, Inlays), à compter du 01/01/2021 pour le reste en dentaire (Prothèses amovibles) et les aides auditives, tels que définis réglementairement dans la limite des honoraires de facturation en dentaire et dans la limite des prix limites de ventes (PLV) en optique et pour les aides auditives

(\*\*\*) - Si les 2 verres sont en classe A et la monture en classe B : les verres sont pris en charge intégralement dans la limite des PLV, la monture est prise en charge à hauteur de la différence entre le forfait prévu au barème et le montant remboursé au titre des verres avec au minimum le TM (0,02 € au 1er janvier 2020) et dans la limite de 100 €.

- Si les 2 verres sont en classe B et la monture en classe A : la monture est prise en charge intégralement dans la limite du PLV (30 € maximum au 1er janvier 2020), les verres sont pris en charge à hauteur de la différence entre le forfait prévu au barème et le montant remboursé au titre de la monture.

- Si tout l'équipement est en classe B, le forfait prévu au barème s'applique, avec une limite de 100 € pour la monture.

(1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM – OPTAMCO)

(2) La prise en charge sera au minimum équivalente au ticket modérateur

(3) Dans la limite du plafond du contrat responsable (1 700€ remboursement de la Sécurité sociale inclus)

(4) Doublié en cas de naissance ou d'adoption gémellaire

(5) 12 mois de délai de carence. En cas de naissance ou d'adoption durant la période de carence, une allocation de 500 euros sera versée