

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime obligatoire.

Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime obligatoire, à l'exception de l'équipement optique dans lequel les forfaits en euros incluent la part du régime obligatoire.

Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'assurance. Toutefois, pour l'équipement optique, les prestations sont allouées par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, sauf dérogation dans les présentes dispositions particulières.

Pour les aides auditives, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restants à la charge du bénéficiaire des prestations.

Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les garanties (**hors niveau 1**) s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables" et ses textes réglementaires. De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1^{er} de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

GARANTIES SOCLES

	Non Responsable	Responsable				
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
HOSPITALISATION y compris maternité ⁽¹⁾						
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes) DPTAM ⁽²⁾	150% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes) hors DPTAM ⁽²⁾	130% BR	100% BR	105% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Chambre particulière - dans la limite de 30 jours/an ⁽³⁾	30 €/jour		10 €/jour	20 €/jour	30 €/jour	40 €/jour
Frais accompagnant - dans la limite de 30 jours/an	15 €/jour		-	-	-	-
Frais de séjour	100% BR	100% BR				
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ⁽⁴⁾	Frais Réels	Frais Réels				
Forfait Patient Urgences	Frais Réels	Frais Réels				
Transport du malade accepté par le R.O ⁽⁵⁾	100% BR	100% BR				
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux						
Consultation, visites des médecins généralistes et spécialistes DPTAM		100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Consultation, visites des médecins généralistes et spécialistes hors DPTAM		100% BR	105% BR	130% BR	150% BR	180% BR
Radiologie pratiquée par les médecins DPTAM		100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Radiologie pratiquée par les médecins hors DPTAM		100% BR	105% BR	130% BR	150% BR	180% BR
Actes techniques médicaux (ATM) DPTAM		100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Actes techniques médicaux (ATM) hors DPTAM		100% BR	105% BR	130% BR	150% BR	180% BR

	Non Responsable	Responsable				
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
Honoraires paramédicaux						
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues)		100% BR				
Analyses et examens de laboratoire		100% BR				
Psychologue remboursé par le R.O ⁽⁶⁾		100% BR (max 12 séances / année civile)				
Pharmacie						
Médicaments prescrits, pris en charge par le R.O		100% BR				
Matériel médical						
Prothèses médicales et appareillage ⁽²⁾		100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
DENTAIRE						
Soins et Prothèses 100% santé (Tels que définis réglementairement)		Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.				
Soins et prothèses		Frais Réels				
Prothèses hors 100% santé (paniers libre et maîtrisé) pris en charge par le R.O		Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				
Soins, actes et consultations		100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Orthodontie remboursée par le R.O		100% BR				
Prothèses dentaires remboursées par le R.O ⁽²⁾		100% BR	125% BR	150% BR	250% BR	300% BR
Plafond dentaire – par an et par bénéficiair		700 €	700 €	900 €	1 100 €	1 500 €
Plafond dentaire à partir de la 3eme année d'assurance – par an et par bénéficiaire		1 000 €	1 000 €	1 200 €	1 400 €	1 800 €
OPTIQUE						
		La garantie s'applique pour toute acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture. Le remboursement des montures est limité à 100 € en classe B et 30 € en classe A, le renouvellement de l'équipement est possible par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue . Renouvellement anticipé possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale. Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, non cumulable d'une année sur l'autre				
Equipements 100% santé (Tels que définis réglementairement)						
Monture et verres		Frais Réels				
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) – Classe B – Tarifs libres						
Equipement verres simples + monture		100% BR	100 €	150 €	200 €	250 €
Equipement verres complexes + monture		100% BR	125 €	175 €	230 €	270 €
Equipement verres très complexes + monture		100% BR	200 €	250 €	300 €	350 €
Autres prestations sur verres et monture						
Filtres, prisme et adaptation de la prescription		100% BR				
Autres prestations optiques						
Lentilles remboursées par le R.O et non remboursées **		100% BR	20 €/an	40 €/an	80 €/an	100 €/an
Chirurgie de l'œil – par œil **			50 €/an	100 €/an	150 €/an	200 €/an

	Non Responsable	Responsable				
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
AIDES AUDITIVES						
		La prise en charge des aides auditives est assurée par période de quatre ans.				
Prothèses auditives de Classe 1 – 100% Santé à partir du 01/01/2021		Frais Réels				
Prothèses auditives de Classe 2 Panier libre dans la limite de 1700€/oreille - <i>par oreille tous les 4 ans</i> ⁽²⁾		100% BR	100%BR	120% BR	130%BR	175% BR
Entretien		100% BR				
PRÉVENTION						
Actes de prévention remboursés par le R.O dans le cadre des contrats responsables		100% BR				
CURES THERMALES						
Cure thermique – Soins, transport et hébergement, remboursés par le RO		100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	150% BR

RENFORTS

Des renforts peuvent être souscrits à l'adhésion ou à l'échéance principale afin de renforcer les garanties sociales et ce, pour une durée minimale de 12 mois. **En cas de résiliation du renfort par l'Assuré, ce dernier n'aura pas la possibilité de le souscrire de nouveau au cours de son adhésion au présent contrat.**

	Non Responsable	Responsable				
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
RENFORT 1	x	x	✓	✓	x	x
RENFORT 2	x	x	x	x	✓	✓

Description des prestations incluses dans les renforts

	Renfort 1 **	Renfort 2 **
Chambre Particulière	10 €/jour	15 €/jour
Lit accompagnant	20 €/jour	
Médicaments et vaccins prescrits non remboursés par le RO	80 €/an	80 €/an
Actes dentaires non remboursés par le RO (parodontologie, implantologie)	200 €/an	500 €/an
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale	100 €/an	-
Forfait supplémentaire verres complexes ou très complexes		250 €/an
Prothèses auditives		400 €/an
Prévention (sevrage tabagique, ostéodensitométrie non remboursée par le RO)		150 €/an avec max 40€ / séance
Médecine douce (ostéopathe, réflexologue, naturopathe, chiropracteur, étioathe, ergothérapeute, psychomotricien, acupuncteur, diététicien, pédicure-podologue, nutritionniste, sophrologue, micro-kinésithérapeute, psychologue non pris en charge par le R.O)	60 €/an avec max 30 €/ séance	150 €/an avec max 50 €/ séance
Cure thermique		+50% BR

** délai de carence de 3 mois après la date d'effet de l'adhésion

(1) Hospitalisation dans les établissements conventionnés ; Prise en charge 100% BRSS dans les établissements non conventionnés.

(2) Pendant les 3 premiers mois après la date d'effet de l'adhésion, prise en charge sur la base de 100% BRSS. Les honoraires de médecins dans le cadre d'une hospitalisation au sein d'établissements médico-sociaux sont limités au ticket modérateur.

(3) La prise en charge de la chambre particulière est exclue au sein des établissements et unités spécialisés (établissement de soins de suite ou de réadaptation) et au sein des établissements médico-sociaux.

(4) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, à l'exception des séjours en gériatrie, des Instituts Médico Pédagogiques, des unités de soins longs séjours (USLD), des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des soins effectués à des fins esthétiques, des cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cures thermales ») et de la thalassothérapie.

(5) Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par le RO, prescrit médicalement. La prise en charge peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.

(6) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif «Mon Soutien Psy». Plus d'informations sur : monsoutienpsy.sante.gouv.fr.