



# Garanties Santé



Remboursements sous déduction du régime obligatoire et dans la limite des frais réels sauf pour les garanties exprimées en Euros qui sont en supplément du régime obligatoire

NIVEAU 1 Essentiel - 100 %	NIVEAU 2 Classique - 130 %	NIVEAU 3 Renforcé - 190 %	NIVEAU 4 Confort - 250 %	NIVEAU 5 Sérénité - 400 %
-------------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------

## MEDECINE COURANTE

Consultation, visite médecin généraliste et consultation spécialiste (1)	100 % BR	130 % BR	190 % BR	250 % BR	400 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin (1)	100 % BR	130 % BR	190 % BR	250 % BR	400 % BR
Actes d'imagerie, échographie et doppler pratiqués par un médecin (1)	100 % BR	130 % BR	190 % BR	250 % BR	400 % BR
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	100 % BR	130 % BR	190 % BR	250 % BR	400 % BR
Analyses biologiques	100 % BR	130 % BR	190 % BR	250 % BR	400 % BR
Le dépistage hépatite B	100 % BR	130 % BR	190 % BR	190 % BR	200 % BR
Un détartrage sus et sous gingival, effectué en 2 séances maximum	100 % BR	130 % BR	190 % BR	250 % BR	400 % BR
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie (médicaments pris en charge par la Sécurité sociale)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

## Appareillages et Prothèses (non dentaires)

Prothèses auditives (par oreille) limité à une paire tous les 4 ans (2)	100 % BR	125 % BR	175 % BR	250 % BR	400 % BR
Les appareillages et prothèses diverses (autres que dentaires et auditives)	100 % BR	125 % BR	175 % BR	250 % BR	400 % BR

## HOSPITALISATION (y compris maternité) (11)

Frais de séjour	en secteur conventionné	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	400 % BR
	en secteur non conventionné (3)	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	400 % BR
Les honoraires des médecins (1)		100 % BR	160 % BR	190 % BR	300 % BR	400 % BR
Le forfait journalier, pris en charge sans limitation de durée		100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
La chambre particulière (y compris maternité). Remboursement limité à 60 jours par année civile et par bénéficiaire, dans la limite quotidienne de :		-	35 €	50 €	80 €	120 €
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de moins de 16 ans (limite par jour, maximum 12 jours)		-	-	10 €	15 €	30 €
Forfait maternité (5)		-	150 €	200 €	250 €	400 €



# Garanties Santé



## OPTIQUE

Equipement (1 monture + 2 verres) avec verres simples <sup>(6)</sup>	60 €	120 €	180 €	280 €	400 €
Equipement (1 monture + 2 verres) avec verres complexes <sup>(7)</sup>	200 €	200 €	200 €	300 €	500 €
Equipement (1 monture + 2 verres) avec verres enfant très complexes <sup>(8)</sup>	200 €	200 €	200 €	300 €	500 €
Equipement (1 monture + 2 verres) avec verres adulte très complexes <sup>(8)</sup>	200 €	200 €	220 €	320 €	600 €
Le montant de la monture est plafonné à :	50 €	80 €	100 €	120 €	150 €
Les lentilles de contact correctrices, par an et par bénéficiaire <sup>(9)</sup>	50 €	50 €	100 €	250 €	300 €

## DENTAIRE

Consultation, soins courants, radiologie et chirurgie	100 % BR	130 % BR	190 % BR	250 % BR	400 % BR
Inlays onlays d'obturation	100 % BR	130 % BR	190 % BR	250 % BR	400 % BR
Prothèses fixes, inlay core et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), pris en charge par la Sécurité Sociale (*) <sup>(10)</sup>	125 % BR	200 % BR	300 % BR	400% BR	470 % BR
Orthodontie remboursée, enfant de moins de 16 ans (*) <sup>(10)</sup>	125 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	470 % BR

### Les implants et prothèses sur implants dentaires

Remboursés par la Sécurité sociale (y compris les couronnes sur implant) (*) <sup>(10)</sup>	125 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	470 % BR
--	----------	----------	----------	----------	----------

### Non remboursés par la sécurité sociale

- Pose de l'implant (phase opératoire) <sup>(11)</sup>	-	175 €	250 €	300 €	500 €
- Faux moignon implantaire <sup>(11)</sup>	-	80 €	120 €	150 €	180 €
Les piliers de bridge sur dent saine <sup>(11)</sup>	-	80 €	150 €	200 €	300 €

(\*) : Plafond dentaire première année - 300 € 360 € 420 € 500 €

(\*) : Plafond dentaire deuxième année et suivantes - 600 € 720 € 840 € 1 000 €



# Garanties Santé



## AUTRES ACTES <sup>(11)</sup>

Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, diététicien, psychologues, podologues, étiope et psychomotricité <sup>(12)</sup>	-	20 €	30 €	40 €	40 €
Vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale, par an et par bénéficiaire	10 €	20 €	30 €	40 €	50 €
Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché, dans la limite annuelle et par bénéficiaire de :	-	25 €	75 €	125 €	125 €
L'opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser, par œil, par bénéficiaire et par an	-	50 €	150 €	250 €	400 €
Parodontologie (curetage, greffes gingivales, lambeaux), par an et par bénéficiaire	-	50 €	100 €	150 €	200 €
Les cures thermales : les frais médicaux, de séjour et de transport <sup>(13)</sup>	-	75 €	150 €	200 €	300 €

- (1) Une décote de 20 % de la base de remboursement SS est appliquée sur tous les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins non signataires du CAS. De plus, le remboursement des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins non signataires du CAS est plafonné à : TM + 100% BR. Cependant, le ticket modérateur est toujours pris en compte quel que soit l'acte.
- (2) Minimum 100% du ticket modérateur, même lorsque la limitation à une paire tous les 4 ans s'applique.
- (3) L'hospitalisation non conventionnée est limitée à 80 % des frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale.
- (4) Limitations : Sauf pour le forfait journalier de la Sécurité Sociale, l'indemnisation est limitée à hauteur de la garantie, par an et par bénéficiaire, pendant une durée déterminée :  
- 30 jours en milieux spécialisés, service psychiatrique,  
- 90 jours en rééducation fonctionnelle, maisons de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées. Puis réduite à 100% du tarif de responsabilité par an et par assuré.
- (5) Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement sont pris en charge à partir du 6e jour d'hospitalisation, les cinq premiers jours étant pris en charge au titre du forfait maternité (sauf chambre particulière prise en charge au titre de la chambre particulière).
- (6) Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.
- (7) Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs.
- (8) Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.
- (6)(7)(8) Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe. En tout état de cause, le cumul des garanties des verres et de la monture ne peut pas être inférieur aux minima imposés par le Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.
- (6)(7)(8) Quel que soit le type de verres, nous limitons notre prise en charge, à compter de la date d'adhésion au contrat du bénéficiaire, à 1 monture et 2 verres tous les 2 ans (tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue : la modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien). Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.
- (9) Au-delà du forfait ou du plafond, le montant de la prestation est au minimum de 100% TM pour les lentilles remboursées par le régime obligatoire.
- (10) Les garanties marquées d'une (\*) sont cumulativement limitées par le plafond indiqué au tableau des garanties première année et année suivante. Au-delà du forfait ou du plafond, le montant de la prestation est de : TM
- (11) Limites de remboursement annuelles pour chacune des garanties.
- (12) Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, diététicien, psychologie, étiope, podologie ou psychomotricité non remboursée, maximum 4 séances par an et par bénéficiaire (sur présentation de factures)

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

CAS : Contrat d'Accès aux Soins