



HOSPITALISATION

Formules →

	1	2	3	SUR COMPLÉMENTAIRE
FRAIS DE SÉJOUR	↓	↓	↓	↓
• Frais de séjour établissements conventionnés	100 % BR	150 % BR	275 % BR	50% BR
• Frais de séjour établissements non conventionnés	100 % BR	100 % BR	100 % BR	–
HONORAIRES (CONSULTATIONS, ACTES TECHNIQUES) FORFAIT JOURNALIER ET AUTRES	↓	↓	↓	↓
• Pour les médecins signataires du contrat d'accès aux soins	100 % BR	150 % BR	300 % BR	100 % BR
• Pour les médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	100 % BR	120 % BR	200 % BR	80% BR
• Franchise hospitalière	100 % BR	100 % BR	100 % BR	–
• Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	–
• Chambre particulière	25 €/jour	40 €/jour	90 €/jour	120 €/jour
• Frais d'accompagnement (y compris lit) si l'hospitalisation concerne les enfants de moins de 16 ans et les ascendants de plus de 70 ans, plafonnés à 60 jours/an	25 €/jour	35 €/jour	35 €/jour	25 €/jour
• Transport	100 % BR	125 % BR	125 % BR	–

- Les remboursements sont toujours accordés dans la limite des frais réels.
- Les garanties en % BR (base de remboursement fixée par la Sécurité sociale) incluent le remboursement de la Sécurité sociale.
- Les garanties en € s'entendent par bénéficiaire. Exprimées en forfait, elles ne l'incluent pas.



SOINS MÉDICAUX

Formules →

	1	2	3	SUR COMPLÉMENTAIRE
HONORAIRES POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES (consultations, visites et soins)	↓	↓	↓	↓
• Pour les médecins signataires du contrat d'accès aux soins	100 % BR	140 % BR	225 % BR	75 % BR
• Pour les médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	100 % BR	120 % BR	200 % BR	80% BR
HONORAIRES POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES (consultations, visites et soins)	↓	↓	↓	↓
• Pour les médecins signataires du contrat d'accès aux soins	100 % BR	150 % BR	300 % BR	100 % BR
• Pour les médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	100 % BR	120 % BR	200 % BR	80% BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX DONT RADIOLOGIE, MÉDICAMENTS ET AUTRES SOINS	↓	↓	↓	↓
• Pour les médecins signataires du contrat d'accès aux soins	100 % BR	150 % BR	300 % BR	100 % BR
• Pour les médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	100 % BR	120 % BR	200 % BR	80% BR
• Médicaments à service médical rendu : - majeur ou important - modéré	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-
• Médicaments à service médical rendu faible	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• Auxiliaires médicaux	100 % BR	125 % BR	125 % BR	-
• Analyses	100 % BR	125 % BR	125 % BR	-
• Pharmacie prescrite non prise en charge par la Sécurité sociale (incluant sevrage tabagique et contraception)	-	30 €/an	70 €/an	50 €/an
• Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	-	30 €/an	40 €/an	25 €/an

- Les remboursements sont toujours accordés dans la limite des frais réels.
- Les garanties en % BR (base de remboursement fixée par la Sécurité sociale) incluent le remboursement de la Sécurité sociale.
- Les garanties en € s'entendent par bénéficiaire. Exprimées en forfait, elles ne l'incluent pas.



OPTIQUE

Formules →

	1	2	3	SUR COMPLÉMENTAIRE
OPTIQUE : LUNETTES, LENTILLES, CHIRURGIE RÉFRACTIVE	↓	↓	↓	↓
• Monture	30 €	100 €	150 €	80 €
• Verre correcteur simple (par verre) ⁽¹⁾	50 €	90 €	150 €	60 €
• Verre correcteur complexe (par verre) ⁽²⁾	85 €	140 €	275 €	110 €
• Verre correcteur hypercomplexe (par verre) ⁽³⁾	110 €	165 €	325 €	160 €
• Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale	100 % BR + 100 €/an	100 % BR + 175 €/an	100 % BR + 350 €/an	100 % BR + 150 €/an
• Chirurgie réfractive (par œil) (Myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	–	250 €	600 €	400 €

Les forfaits s'entendent remboursement de la Sécurité sociale exclu, dans la limite d'un équipement tous les deux ans pour les paires de lunettes (une monture et deux verres). Cette période est réduite à un an pour les mineurs et pour les adultes dont l'évolution de la vue justifie le renouvellement d'équipement.

(1) Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre $-6,00$ et $+6,00$ et dont le cylindre est inférieur ou égal à $+4,00$ dioptries.

(2) Verre 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 et verre multifocal ou progressif.

(3) Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de $-8,00$ à $+8,00$ dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de $-4,00$ à $+4,00$ dioptries.



DENTAIRE

Formules →

	1	2	3	SUR COMPLÉMENTAIRE
DENTAIRE : SOINS, PROTHÈSES, ORTHODONTIE, IMPLANTOLOGIE, PARODONTOLOGIE ET ENDODONTIE	↓	↓	↓	↓
• Consultations et soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	–
• Inlay–onlay–overlay	125 % BR	225 % BR	550 % BR	100 % BR
• Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale (dont inlay–core)	150 % BR	225 % BR	550 % BR	100 % BR
• Prothèses sur implant prises en charge par la Sécurité sociale	150 % BR	300 % BR	675 % BR	100 % BR
• Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale - En % BR reconstituée	–	150 % BR	475 % BR	100 % BR
• Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	200 % BR	225 % BR	550 % BR	100 % BR
• Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale - En % BR reconstituée	–	125 % BR	450 % BR	100 % BR
• Implantologie (par implant)	–	400 €	1 200 €	200 €
• Parodontologie, endodontie (remboursées et non remboursées par la Sécurité sociale)	100 % BR	100 % BR + 150 €/an	100 % BR + 400 €/an	100 €/an
• Plafonds dentaires sur les actes non remboursés par la Sécurité sociale	–	1 500 €/an	3 500 €/an	2 500 €/an

Le remboursement inclut celui de la Sécurité sociale pour les actes qu'elle prend charge.

Un plafond global en € est prévu sur les garanties dentaires (hors consultations et soins dentaires, prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale, orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale et parodontologie et endodontie remboursées par la Sécurité sociale).

Ce plafond est défini par an et par bénéficiaire et varie selon la formule choisie.

BR : base de remboursement fixée par la Sécurité sociale.



AUTRES SOINS

Formules →

	1	2	3	SUR COMPLÉMENTAIRE
AUTRES SOINS	↓	↓	↓	↓
• Grands et petits appareillages pris en charge par la Sécurité sociale (orthèses, prothèses, orthopédie et location d'appareils)	100 % BR	225% BR	400 % BR	100 % BR
• Complément prothèses prises en charge par la Sécurité sociale (implant capillaire, mammaire) - Sous condition (inscription liste ALD)	–	100 €/an	300 €/an	100 €/an
• Prothèses auditives prises en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR + 600 €/an	100 % BR + 1 400 €/an	200 €/an
• Honoraires des cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	–
• Transport et hébergement des cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale	65 €/an	150 €/an	400 €/an	100 €/an
• Allocation naissance	–	5 % PMSS	15 % PMSS	2,5 % PMSS
• Actes de prévention conformément à l'article R871–2 du Code de la Sécurité sociale	100% BR	100 % BR	100 % BR	–
• Séances d'ostéopathie, acupuncture, diététicien, étio-pathie, chiropractie, de podologie / pédicure, shiatsu, réflexologie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie, micro kinésithérapie, psychologie (uniquement praticiens rattachés à une fédération reconnue détail dans les Conditions Générales)	–	110 €/an	200 €/an	30 €/an

L'allocation naissance est versée par enfant, pour naissance ou adoption, quel que soit le sexe de l'assuré et sans contrainte de rattachement au contrat.

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale sauf pour le complément prothèses médicales prises en charge par la Sécurité sociale, l'allocation naissance et les transports et hébergement pour les cures thermales.

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale.