



TABLEAU DE GARANTIES

LIMITES DE REMBOURSEMENTS BASE 3 & SUR COMPLEMENTAIRE

Nature des prestations

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS	
	BASE 3	SUR COMPLEMENTAIRE
HOSPITALISATION ⁽¹⁾		
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% FR	100% FR
FRAIS DE SEJOUR CHIRURGICALE POUR HOSPITALISATION	400% BR	400% FR
FRAIS DE SEJOUR MEDICALE POUR HOSPITALISATION	400% BR	400% FR
HONORAIRES ⁽²⁾		
Honoraires médicaux (hors chirurgien-dentiste)		
- Honoraires médicaux d'un médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	450% BR	450% BR
- Honoraires médicaux d'un médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou secteur non conventionné	200% BR	300% BR
Honoraires paramédicaux	350% BR	350% BR
Forfait sur actes dits « lourds »	100% FR	100% FR
CHAMBRE PARTICULIERE (y compris maternité dans la limite de 5 jours)	100% FR limités à 85 Euros, par jour	100% FR limités à 85 Euros, par jour
CHAMBRE PARTICULIERE en ambulatoire	100% FR limités à 60 Euros	100% FR limités à 60 Euros
LIT D'ACCOMPAGNANT (enfant de moins de 16 ans et moins de 20 ans si handicapé, ou parent de plus de 70 ans)	100% FR limités à 70 Euros, par nuit	100% FR limités à 70 Euros, par nuit
TRANSPORT MEDICAL	100% BR	100% BR
SOINS COURANTS		
HONORAIRES MEDICAUX		
Consultations et visites médicales par un médecin généraliste		
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	350% BR	350% BR
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	300% BR
Consultations et visites médicales par un médecin spécialiste		
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	350% BR	350% BR
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	300% BR
Consultations et visites médicales par un professionnel médical non médecin		
- Chirurgien-dentiste	300% BR	300% BR
Actes de spécialités (K), actes techniques médicaux (ATM)		
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	350% BR	350% BR
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	300% BR
- Chirurgien-dentiste	300% BR	300% BR
Actes d'imagerie (ADI) – Actes d'échographie (ADE)		
Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	350% BR	350% BR
Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	300% BR
Chirurgien-dentiste	300% BR	300% BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX		
Actes remboursés par la Sécurité sociale réalisés par des auxiliaires médicaux	350% BR	350% BR

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS	
	BASE 3	SUR COMPLEMENTAIRE
ANALYSES & EXAMENS DE LABORATOIRE (y compris actes de prélèvements)	350% BR	350% BR
MEDICAMENTS		
Médicaments, vaccins, substituts nicotiniques et préparations magistrales, remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR
Médicaments et préparations magistrales, non remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)		
<i>Dans la limite d'un plafond commun Médecines alternatives et Actes de prévention, par an et par bénéficiaire dont le montant est fixé à :</i> <i>Etant rappelé que ce plafond est conjoint pour la médecine douce et les médicaments et préparations magistrales, non remboursés par la Sécurité sociale.</i>	350 Euros	350 Euros
- Médicaments et préparations magistrales, non remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)	65 Euros	65 Euros
- Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	200 Euros, par an et par bénéficiaire	200 Euros, par an et par bénéficiaire
- Analyses biologiques non remboursées	70 Euros, par an et par bénéficiaire	70 Euros, par an et par bénéficiaire
- Substituts nicotiniques non remboursés par la Sécurité sociale	65 Euros, par an et par bénéficiaire	65 Euros, par an et par bénéficiaire
MATERIEL MEDICAL		
Dispositifs médicaux (orthopédie, prothèse, petit appareillage) remboursés par la Sécurité sociale, hors optique et audiologie	470% BR	470% BR
SOINS COURANTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE		
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale	100 Euros, par an et par bénéficiaire	100 Euros, par an et par bénéficiaire
DENTAIRE		
<i>Dans la limite du plafond dentaire, par an et par bénéficiaire, au titre des « PROTHESES ⁽³⁾ et uniquement pour les frais engagés dans le cadre du PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » et du PANIER « TARIF LIBRE ».</i> <i>Plafond dentaire</i>	4 827 Euros	4 827 Euros
SOINS		
Soins dentaires (consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire, actes techniques médicaux)		
> réalisés par un chirurgien-dentiste	300% BR	300% BR
> réalisés par un stomatologue		
- médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	350% BR	350% BR
- médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	200% BR
Actes d'inlays, onlays remboursés par la Sécurité sociale		
<u>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » ⁽⁴⁾</u>		
> réalisés par un chirurgien-dentiste	300% BR	300% BR
> réalisés par un stomatologue		
- médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	350% BR	350% BR
- médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	200% BR
<u>PANIER « TARIF LIBRE »</u>		
> réalisés par un chirurgien-dentiste	300% BR	300% BR
> réalisés par un stomatologue		
- médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	350% BR	350% BR
- médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	200% BR
Actes de parodontologie remboursée par la Sécurité sociale		
> réalisés par un chirurgien-dentiste	420% BR	420% BR
> réalisés par un stomatologue		
- médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	350% BR	350% BR
- médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	200% BR

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS	
	BASE 3	SUR COMPLEMENTAIRE
SOINS et PROTHESES 100% SANTE ⁽⁵⁾ Prothèses fixes, couronnes transitoires, inlay-core Prothèses amovibles définitives et transitoires, leurs actes de réparation et de suppléments ⁽⁴⁾	100% FR-MR limités aux HLF - MR 100% FR-MR limités aux HLF - MR	100% FR-MR limités aux HLF - MR 100% FR-MR limités aux HLF - MR
PROTHESES Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale <u>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » ⁽⁶⁾</u> <u>PANIER « TARIF LIBRE »</u> Supplément par dents visibles (incisives, canines et premières prémolaires) sur prothèses remboursées de type couronne Inlay-Core remboursé par la Sécurité sociale <u>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » ⁽⁶⁾</u> <u>PANIER « TARIF LIBRE »</u> Implantologie remboursée par la Sécurité sociale	520% BR, limités aux HLF-MR 520% BR 100 Euros, par dent 520% BR, limités aux HLF-MR 520% BR 520% BR	520% BR, limités aux HLF-MR 520% BR 100 Euros, par dent 520% BR, limités aux HLF-MR 520% BR 520% BR
ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	470% BR, dans la limite de 4 semestres	470% BR, dans la limite de 4 semestres
SOINS ET EQUIPEMENTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾ DENTS PROVISOIRES non remboursées Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾ (par implant) Actes de parodontologie et endodontie non remboursée par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾ Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾	17% PMSS, par dent 150 Euros par dent, dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire 1 000 Euros 125 Euros par séance, dans la limite de 4 par an et par bénéficiaire 420% BR, reconstituée sur la base d'un TO90	17% PMSS, par dent 150 Euros par dent, dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire 1 000 Euros 125 Euros par séance, dans la limite de 4 par an et par bénéficiaire 420% BR, reconstituée sur la base d'un TO90
FRAIS D'OPTIQUE : Dans la limite de l'acquisition par le bénéficiaire d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans. Par exception, les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Le montant des prestations peut s'entendre par équipement « verres + monture » avec une prise en charge de la monture au sein de l'équipement de Classe B limitée à 100 Euros. Est également prévue la prise en charge à hauteur des dépenses réelles, sous déduction des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), limité au Prix Limite de Vente (PLV), sous déduction des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) de la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et du supplément applicable pour les verres avec filtre dans les conditions définies par la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.		
EQUIPEMENTS 100% SANTE ⁽⁵⁾ Monture + Verres de Classe A Frais d'adaptation	100% FR-MR, limités aux PLV - MR 100% FR-MR, limités aux PLV - MR	150 Euros 100% FR-MR, limités aux PLV - MR
EQUIPEMENTS OPTIQUE DE CLASSE B Monture de Classe B Verres de Classe B Frais d'adaptation	100 Euros cf. grille optique ci-après 100% TM	150 Euros 100% TM

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS	
	BASE 3	SUR COMPLEMENTAIRE
LENTILLES DE CONTACT ⁽⁸⁾ y compris jetables, remboursées ou non par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)	500 Euros, par an et par bénéficiaire	500 Euros, par an et par bénéficiaire
CHIRURGIE REFRACTIVE et IMPLANTS INTRAOCULAIRES posés à l'occasion de la cataracte, non pris en charge par la Sécurité sociale (pour chaque œil et par an)	675 Euros	675 Euros
AIDES AUDITIVES : Dans la limite de l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans, par oreille.		
EQUIPEMENTS 100% SANTE ⁽⁵⁾ (dits de Classe I) • Jusqu'au 31/12/2020 • A compter du 01/01/2021	100% FR-MR, limités au PLV-MR 470% BR 100% FR-MR, limités au PLV-MR	100% FR-MR, limités au PLV-MR 470% BR 100% FR-MR, limités au PLV-MR
APPAREIL DE CLASSE II ⁽⁹⁾ • Bénéficiaire âgé de moins de 20 ans ou patient atteint de cécité • Bénéficiaire âgé d'au moins 20 ans	470% BR 470% BR	470% BR 470% BR
ALLOCATION RELATIVE AUX PILES	100% TM	100% TM
AUTRES ACTES AUDIOPROTHETIQUES	80 Euros	80 Euros
AUTRES POSTES DE SOINS		
CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE	100% FR-MR limités à 15% PMSS	100% FR-MR limités à 15% PMSS
MEDECINES DOUCES, NATURELLES OU ALTERNATIVES		
Séance d'OSTEOPATHIE ou de CHIROPRACTIE, d'ACUPUNCTURE, ETIOPATHE, NATUROPATHE, DIETETICIEN non prise en charge par la Sécurité sociale	55 Euros, par séance, dans la limite de 6 séances, par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste	55 Euros, par séance, dans la limite de 6 séances, par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste
GARANTIES ANNEXES		
TIERS PAYANT	GARANTIE ACCORDEE	GARANTIE ACCORDEE
SANTE ASSISTANCE / ASSISTANCE TELECONSULTATION	GARANTIE ACCORDEE (cf. document joint)	GARANTIE ACCORDEE (cf. document joint)

GRILLE OPTIQUE

HORS PANIER 100% SANTE	DANS LE RÉSEAU OPTIQUE ITELIS			HORS RÉSEAU OPTIQUE ITELIS		
	Caractéristiques des verres Unifocaux organiques de marques exclusivement	Caractéristiques des verres Unifocaux organiques de marques exclusivement	Remboursement Incluant RO**	Caractéristiques des verres Unifocaux et Multifocaux	Verres Unifocal Remboursement* Incluant RO**	Verres Multifocal Remboursement* Incluant RO**
Faible	Verre aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive • Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture • Verre aplani	Verre aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive • Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture • Verre progressifs sur-mesure	Intégral	Variable selon l'opticien	70 € maximum	140 € maximum
Modéré					85 € maximum	170 € maximum
Moyen	Verre très aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive • Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture • Verre aplani	Verre très aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive • Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture • Verre progressifs sur-mesure			100 € maximum	200 € maximum
Elevé	Verre ultra aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive • Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture • Verre aplani"	Verre ultra aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive • Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture • Verre progressifs sur-mesure			125 € maximum	250 € maximum
Très élevé					150 € maximum	300 € maximum
Monture jusqu'à 100 €			Monture	100 €		

*Par verre. ** Remboursement Obligatoire de l'Assurance Maladie

TARIFS MENSUELS en euros

*** Tarifs actuels :**

Ils sont valables pour les adultes (2 adultes) jusqu'à 70 ans à la souscription par différence de millésimes, pour les enfants et les conjoints d'actifs à partir de 55 ans. Les adultes entre 71 et 75 ans à la souscription par différence de millésimes ont un tarif majoré comme figurant dans le tableau cidessus.

**** Enfants :** jusqu'à 28 ans si études / enfant handicapé couvert gratuitement si parents adhérents payant / gratuité au 3^{ème} enfant.

***** Conjoints d'actifs :** les conjoints d'actifs jusqu'à 45 ans à la souscription par différence de millésime ont un tarif minoré de 12% / les conjoints d'actifs entre 46 et 54 ans à la souscription par différence de millésimes ont un tarif minoré de 8%. L'âge à la souscription se calcule par différence de millésimes : année de prise d'effet de l'adhésion - année de naissance.

Pour les adhésions de 2 adultes, le tarif appliqué est celui de l'âge moyen des 2 adhérents par différence de millésimes.

L'âge limite à la souscription est de 75 ans.

	OPTION 3	SUR COMPLEMENTAIRE
Adhérents adultes jusqu'à 70 ans à l'adhésion	159,91 € <input type="checkbox"/>	13,50 € <input type="checkbox"/>
2 adultes jusqu'à 70 ans à l'adhésion	303,82 € <input type="checkbox"/>	27,00 € <input type="checkbox"/>
Adhérents adultes de 71 à 75 ans à l'adhésion	185,49 € <input type="checkbox"/>	13,50 € <input type="checkbox"/>
2 adultes de 71 à 75 ans à l'adhésion	352,44 € <input type="checkbox"/>	27,00 € <input type="checkbox"/>
Enfants **	96,10 € <input type="checkbox"/>	8,10 € <input type="checkbox"/>
Conjoints d'actifs jusqu'à 45 ans à l'adhésion ***	124,39 € <input type="checkbox"/>	13,50 € <input type="checkbox"/>
Conjoints d'actifs de 46 ans à 54 ans à l'adhésion ***	130,05 € <input type="checkbox"/>	13,50 € <input type="checkbox"/>
Conjoints d'actifs à partir de 55 ans à l'adhésion	141,36 € <input type="checkbox"/>	13,50 € <input type="checkbox"/>

Complément d'information

Pour une lecture simplifiée de vos garanties, nous avons utilisé les abréviations suivantes :

- TM** : Ticket Modérateur
BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
MR : Montant Remboursé par la Sécurité sociale
FR : Frais Réels
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
PLV : Prix Limite de Vente
HLF : Honoraires Limites de Facturation

- (1) Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par La Compagnie.
Les frais d'hospitalisation liés à l'accouchement sont pris en charge, y compris les frais de chambre particulière, dans les limites de remboursements définies ci-dessus.
 Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérium, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité sociale sont compris dans la garantie.
 La participation forfaitaire de 24 Euros est prise en charge pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté à un coefficient égal ou supérieur à 60 ou supérieur à 120 Euros.
- (2) Facturés en sus des frais de séjour, pour certains types d'établissements.
- (3) Sont concernés par l'application du plafond, la Prothèse dentaire, l'Inlay-Core et l'Implantologie, tous trois remboursés par la Sécurité sociale. Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements postérieurs s'effectueraient sur la base du Ticket Modérateur + 25% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- (4) Tels que définis réglementairement. **Ces modalités de remboursement prennent effet au 01/01/2021**, soit, au moment de l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) associés. Les actes réalisés avant cette date seront remboursés au titre des actes de la même catégorie appartenant au PANIER « TARIF LIBRE ».
- (5) Tels que définis réglementairement.
- (6) Tels que définis réglementairement. Les nouvelles modalités de remboursement prenant effet entre 01/01/2020 et le 01/01/2022, au fur et à mesure de l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF), les actes réalisés avant l'entrée en vigueur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) correspondants seront remboursés au titre du PANIER « TARIF LIBRE ».
- (7) Les actes dentaires correspondant à des actes hors Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à des actes ne respectant pas les dispositions de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés par La Compagnie.
- (8) Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueraient sur la base de 100% du Ticket modérateur.
- (9) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans, dans la limite de 1700 Euros TTC par oreille (prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire et Ticket Modérateur inclus) et selon les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

NIVEAU DE CORRECTION	SPHÈRE OU SPHÈRE + CYLINDRE		CYLINDRE
Faible	Sphère	De -2 à +2	0
	Sphère	De -2 à 0	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De 0 à +2	Strictement supérieur à 0
Modéré	Sphère	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	0
	Sphère	De -4 à -2,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +2,25 à +4	Strictement supérieur à 0
Moyen	Sphère	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	0
	Sphère	De -6 à -4,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +4,25 à +6	Strictement supérieur à 0
Elevé	Sphère	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	0
	Sphère	De -8 à -6,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +6,25 à +8	Strictement supérieur à 0
Très Elevé	Sphère	Strictement inférieur à -8 ou strictement supérieur à +8	0
	Sphère	De -8 à 0	Strictement supérieur à +4
	Sphère	Strictement inférieur à -8	Strictement supérieur à 0
	Sphère + Cylindre	Strictement supérieur à +8	Strictement supérieur à 0