

TABLEAU DE GARANTIES 2022

LIMITES DE REMBOURSEMENTS **OPTION 1 - ÉQUILIBRE** & SUR COMPLÉMENTAIRE

Nature des prestations

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS		
	OPTION 1 ÉQUILIBRE	SUR COMPLÉMENTAIRE 1	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
HOSPITALISATION ⁽¹⁾			
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% FR		
FRAIS DE SÉJOUR POUR HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	100% BR		
HONORAIRES ⁽²⁾			
Honoraires médicaux			
- Honoraires médicaux d'un médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	300% BR		
- Honoraires médicaux d'un médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou secteur non conventionné	200% BR	+100% BR	+200% BR
Honoraires paramédicaux	125% BR		
Forfait sur actes dits « lourds »	100% FR		
CHAMBRE PARTICULIERE (y compris maternité dans la limite de 5 jours)	100% FR limités à 60 Euros, par jour		
CHAMBRE PARTICULIERE en ambulatoire	100% FR limités à 50 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 40 Euros, par nuit		
TRANSPORT MÉDICAL	100% BR		
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX			
Consultations et visites médicales par un médecin généraliste ou spécialiste			
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	125% BR		
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	105% BR	+100% BR	+200% BR
Actes de spécialités (K), actes techniques médicaux (ATM)			
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	125% BR		
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	105% BR	+100% BR	+200% BR
Actes d'imagerie (ADI) – Actes d'échographie (ADE)			
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	125% BR		
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	105% BR	+100% BR	+200% BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Actes remboursés par la Sécurité sociale réalisés par des auxiliaires médicaux	125% BR		
ANALYSES & EXAMENS DE LABORATOIRE (y compris actes de prélèvements)	125% BR		
MÉDICAMENTS			
Médicaments, vaccins, substituts nicotiniques et préparations magistrales, remboursés par la Sécurité sociale	100% BR		
MATERIEL MÉDICAL			
Dispositifs médicaux (orthopédie, prothèse, petit appareillage) remboursés par la Sécurité sociale, hors optique et audiologie	370% BR		
SOINS COURANTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale	65 Euros, par an et par bénéficiaire		

LIMITES DE REMBOURSEMENTS **OPTION 1 - ÉQUILIBRE** & SUR COMPLÉMENTAIRE

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS		
	OPTION 1 ÉQUILIBRE	SUR COMPLÉMENTAIRE 1	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
BIEN ÊTRE ET PRÉVENTION			
<p><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></p> <p><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></p>		300 Euros	
<p>Médicaments et préparations magistrales, non remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médicaments et préparations magistrales, non remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale) - Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale - Analyses biologiques non remboursées - Substituts nicotiques non remboursés par la Sécurité sociale 		45 Euros	
		150 Euros par an et par bénéficiaire	
		50 Euros par an et par bénéficiaire	
		45 Euros par an et par bénéficiaire	
<p>Séances d'OSTEOPATHIE, CHIROPRACTIE, ACUPUNCTURE, ETIOPATHE, NATUROPATHE, DIETETICIEN non prise en charge par la Sécurité sociale</p>		35 Euros, par séance, dans la limite de 6 séances, par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste	
DENTAIRE			
<p>SOINS et PROTHÈSES 100% SANTÉ ⁽⁴⁾</p> <p>Prothèses fixes, couronnes transitoires, inlay-core</p> <p>Prothèses amovibles définitives et transitoires, leurs actes de réparation et de suppléments ⁽⁴⁾</p>		100% FR-MR limités aux HLF-MR	
		100% FR-MR limités aux HLF-MR	
<p>PLAFOND DENTAIRE par période de 12 mois glissés à compter de la date d'effet de l'adhésion</p> <p><i>Dans la limite du plafond dentaire, par an et par bénéficiaire, au titre des « PROTHÈSES ⁽³⁾ et uniquement pour les frais engagés dans le cadre du PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISÉ » et du PANIER « TARIF LIBRE ».</i></p>		4 086 Euros	
<p>SOINS</p> <p>Soins dentaires (consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire, actes techniques médicaux)</p>		200% BR	
<p>Actes d'inlays, onlays remboursés par la Sécurité sociale</p> <p>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISÉ » ⁽⁴⁾</p> <p>PANIER « TARIF LIBRE »</p>		220% BR	
		220% BR	
<p>Actes de parodontologie remboursée par la Sécurité sociale</p>		320% BR	
<p>PROTHÈSES</p> <p>Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale</p> <p>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISÉ » ⁽⁴⁾</p> <p>PANIER « TARIF LIBRE »</p>		450% BR, limités aux HLF-MR	
		450% BR	
<p>Supplément par dents visibles (incisives, canines et premières prémolaires) sur prothèses remboursées de type couronne</p>		50 Euros, par dent	
<p>Inlay-Core remboursé par la Sécurité sociale</p> <p>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISÉ » ⁽⁴⁾</p> <p>PANIER « TARIF LIBRE »</p>		450% BR, limités aux HLF-MR	
		450% BR	
<p>Implantologie remboursée par la Sécurité sociale</p>		450% BR	
<p>ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</p> <p>Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale</p>		350% BR dans la limite de 4 semestres	

LIMITES DE REMBOURSEMENTS **OPTION 1 - ÉQUILIBRE** & SUR COMPLÉMENTAIRE

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS		
	OPTION 1 ÉQUILIBRE	SUR COMPLÉMENTAIRE 1	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
SOINS ET ÉQUIPEMENTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾		14% PMSS, par dent	
DENTS PROVISOIRES non remboursés	75 Euros par dent, dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire		
Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾ (1 implant par an et par personne)	700 Euros		
Actes de parodontologie et endodontie non remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾	100 Euros par séance, dans la limite de 4 par an et par bénéficiaire		
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾	250% 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.			
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁴⁾			
Monture + Verres de Classe A	100% FR-MR, limités aux PLV-MR		
Frais d'adaptation	100% FR-MR, limités aux PLV-MR		
ÉQUIPEMENTS OPTIQUE DE CLASSE B			
Monture de Classe B	100 Euros		
Verres de Classe B	cf. grille optique ci-après		
Frais d'adaptation	100% TM		
LENTILLES DE CONTACT ⁽⁶⁾ et compris jetables, remboursés ou non par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)	200 Euros, par an et par bénéficiaire		
CHIRURGIE RÉFRACTIVE et IMPLANTS INTRAOCULAIRES posés à l'occasion de la cataracte, non pris en charge par la Sécurité sociale (pour chaque œil et par an)	325 Euros		
AIDES AUDITIVES :			
Dans la limite de l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans, par oreille.			
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁴⁾ (dits de Classe I)	100% FR-MR, limités au PLV-MR		
APPAREIL DE CLASSE II ⁽⁷⁾	370% BR		
ALLOCATION RELATIVE AUX PILES	100% TM		
AUTRES ACTES AUDIOPROTHÉTIQUES	50 Euros		
AUTRES POSTES DE SOINS			
CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	100% FR-MR limités à 10% PMSS		
GARANTIES ANNEXES			
TIERS PAYANT	GARANTIE ACCORDÉE		
SANTÉ ASSISTANCE / ASSISTANCE TÉLÉCONSULTATION	GARANTIE ACCORDÉE (cf. document joint)		

LIMITES DE REMBOURSEMENTS **OPTION 1 - ÉQUILIBRE & SUR COMPLÉMENTAIRE**
GRILLE OPTIQUE

HORS PANIER 100% SANTÉ	DANS LE RÉSEAU OPTIQUE ITELIS			HORS RÉSEAU OPTIQUE ITELIS			
	Niveau de correction (cf. détails en annexe)	Caractéristiques des verres Unifocaux organiques de marques exclusivement	Caractéristiques des verres Multifocaux organiques de marques exclusivement	Remboursement Incluant RO**	Caractéristiques des verres Unifocaux et Multifocaux	Verres Unifocal Remboursement* Incluant RO**	Verres Multifocal Remboursement* Incluant RO**
						Remboursements maximum	
Faible	Verre aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	Intégral	Variable selon l'opticien	50 €	100 €	
Modéré	• Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture • Verre aplani	• Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture • Verre progressifs sur-mesure			60 €	120 €	
Moyen	Verre très aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre très aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive			75 €	150 €	
Elevé	• Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture • Verre aplani	• Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture • Verre progressifs sur-mesure			90 €	180 €	
Très élevé	Verre ultra aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre ultra aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive			110 €	220 €	
	Monture jusqu'à 100 €			Monture	100 €		

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

GRILLE DE CORRECTION

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

LIMITES DE REMBOURSEMENTS **OPTION 1 - ÉQUILIBRE** & SUR COMPLÉMENTAIRE

TARIFS MENSUELS en Euros
*** Tarifs actuels :**

Ils sont valables pour les adultes jusqu'à 75 ans à la souscription par différence de millésimes.

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

TRANCHES AGE Tarif en âge à l'adhésion	OPTION 1 ÉQUILIBRE	SUR COMPLÉMENTAIRE	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
71 À 75 ANS	127,45 € □	14,76 € □	29,52 € □
66 À 70 ANS	117,98 € □	14,76 € □	29,52 € □
61 À 65 ANS	104,32 € □	13,05 € □	26,10 € □
56 À 60 ANS	93,21 € □	11,66 € □	23,32 € □
51 À 55 ANS	84,74 € □	10,60 € □	21,20 € □
46 À 50 ANS	77,02 € □	9,64 € □	19,28 € □
41 À 45 ANS	70,01 € □	8,76 € □	17,52 € □
36 À 40 ANS	63,41 € □	7,93 € □	15,86 € □
DE 18 À 35 ANS	57,06 € □	7,14 € □	14,28 € □
ENFANT À CHARGE ⁽⁸⁾	33,63 € □	4,21 € □	8,42 € □

LES TARIFS S'ENTENDENT PAR MOIS ET PAR PERSONNE HORS FRAIS DE PRÉLÈVEMENT (0,76€/MOIS)

- (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.
- (5) 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.
- (6) Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueraient sur la base de 100% du Ticket modérateur.
- (7) 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.
- (8) Enfant à charge - étudiant ou en recherche de premier emploi jusqu'au 31/12 des 26 ans de l'enfant - gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

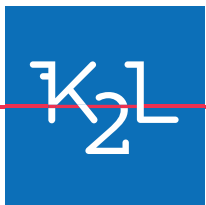


TABLEAU DE GARANTIES 2022

LIMITES DE REMBOURSEMENTS **OPTION 2 - CONFORT & SUR COMPLÉMENTAIRE**

Nature des prestations

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS		
	OPTION 2 CONFORT	SUR COMPLÉMENTAIRE 1	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
HOSPITALISATION ⁽¹⁾			
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% FR		
FRAIS DE SÉJOUR POUR HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	250% BR		
HONORAIRES ⁽²⁾			
Honoraires médicaux			
- Honoraires médicaux d'un médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	320% BR		
- Honoraires médicaux d'un médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou secteur non conventionné	200% BR	+100% BR	+200% BR
Honoraires paramédicaux	250% BR		
Forfait sur actes dits « lourds »	100% FR		
CHAMBRE PARTICULIÈRE (y compris maternité dans la limite de 5 jours)	100% FR limités à 75 Euros, par jour		
CHAMBRE PARTICULIÈRE en ambulatoire	100% FR limités à 55 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 60 Euros, par nuit		
TRANSPORT MÉDICAL	100% BR		
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX			
Consultations et visites médicales par un médecin généraliste ou spécialiste			
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	250% BR		
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	+100% BR	+200% BR
Actes de spécialités (K), actes techniques médicaux (ATM)			
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	250% BR		
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	+100% BR	+200% BR
Actes d'imagerie (ADI) – Actes d'échographie (ADE)			
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	250% BR		
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	+100% BR	+200% BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Actes remboursés par la Sécurité sociale réalisés par des auxiliaires médicaux	250% BR		
ANALYSES & EXAMENS DE LABORATOIRE (y compris actes de prélèvements)	250% BR		
MÉDICAMENTS			
Médicaments, vaccins, substituts nicotiniques et préparations magistrales, remboursés par la Sécurité sociale	100% BR		
MATERIEL MÉDICAL			
Dispositifs médicaux (orthopédie, prothèse, petit appareillage) remboursés par la Sécurité sociale, hors optique et audiologie	420% BR		
SOINS COURANTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale	85 Euros, par an et par bénéficiaire		

LIMITES DE REMBOURSEMENTS **OPTION 2 - CONFORT** & SUR COMPLÉMENTAIRE

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS		
	OPTION 2 CONFORT	SUR COMPLÉMENTAIRE 1	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
BIEN ÊTRE ET PRÉVENTION			
<p><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></p> <p><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></p>		325 Euros	
<p>Médicaments et préparations magistrales, non remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médicaments et préparations magistrales, non remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale) - Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale - Analyses biologiques non remboursées - Substituts nicotiniques non remboursés par la Sécurité sociale 		55 Euros	
		175 Euros par an et par bénéficiaire	
		60 Euros par an et par bénéficiaire	
		55 Euros par an et par bénéficiaire	
<p>Séances d'OSTEOPATHIE, CHIROPRACTIE, ACUPUNCTURE, ETIOPATHE, NATUROPATHE, DIETETICIEN non prise en charge par la Sécurité sociale</p>		45 Euros, par séance, dans la limite de 6 séances, par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste	
DENTAIRE			
<p>SOINS et PROTHÈSES 100% SANTÉ ⁽⁴⁾</p> <p>Prothèses fixes, couronnes transitoires, inlay-core</p> <p>Prothèses amovibles définitives et transitoires, leurs actes de réparation et de suppléments ⁽⁴⁾</p>		100% FR-MR limités aux HLF-MR	
		100% FR-MR limités aux HLF-MR	
<p>PLAFOND DENTAIRE par période de 12 mois glissés à compter de la date d'effet de l'adhésion</p> <p><i>Dans la limite du plafond dentaire, par an et par bénéficiaire, au titre des « PROTHÈSES ⁽³⁾ et uniquement pour les frais engagés dans le cadre du PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » et du PANIER « TARIF LIBRE ».</i></p>		4 086 Euros	
<p>SOINS</p> <p>Soins dentaires (consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire, actes techniques médicaux)</p>		250% BR	
<p>Actes d'inlays, onlays remboursés par la Sécurité sociale</p> <p>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » ⁽⁴⁾</p> <p>PANIER « TARIF LIBRE »</p>		250% BR	
		250% BR	
<p>Actes de parodontologie remboursée par la Sécurité sociale</p>		370% BR	
<p>PROTHÈSES</p> <p>Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale</p> <p>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » ⁽⁴⁾</p> <p>PANIER « TARIF LIBRE »</p> <p>Supplément par dents visibles (incisives, canines et premières prémolaires) sur prothèses remboursées de type couronne</p>		470% BR, limités aux HLF-MR	
		470% BR	
		75 Euros, par dent	
<p>Inlay-Core remboursé par la Sécurité sociale</p> <p>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » ⁽⁴⁾</p> <p>PANIER « TARIF LIBRE »</p>		470% BR, limités aux HLF-MR	
		470% BR	
<p>Implantologie remboursée par la Sécurité sociale</p>		450% BR	
<p>ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</p> <p>Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale</p>		400% BR dans la limite de 4 semestres	

LIMITES DE REMBOURSEMENTS **OPTION 2 - CONFORT** & SUR COMPLÉMENTAIRE

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS		
	OPTION 2 CONFORT	SUR COMPLÉMENTAIRE 1	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
SOINS ET ÉQUIPEMENTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾	15% PMSS, par dent		
DENTS PROVISOIRES non remboursées	100 Euros par dent, dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire		
Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾ (1 implant par an et par personne)	900 Euros		
Actes de parodontologie et endodontie non remboursée par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾	125 Euros par séance, dans la limite de 4 par an et par bénéficiaire		
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾	300% 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.			
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁴⁾			
Monture + Verres de Classe A	100% FR-MR, limités aux PLV-MR		
Frais d'adaptation	100% FR-MR, limités aux PLV-MR		
ÉQUIPEMENTS OPTIQUE DE CLASSE B			
Monture de Classe B	100 Euros	125 Euros	125 Euros
Verres de Classe B	cf. grille optique ci-après		
Frais d'adaptation	100% TM	100% TM	100% TM
LENTILLES DE CONTACT ⁽⁶⁾ y compris jetables, remboursées ou non par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)	385 Euros, par an et par bénéficiaire		
CHIRURGIE RÉFRACTIVE et IMPLANTS INTRAOCULAIRES posés à l'occasion de la cataracte, non pris en charge par la Sécurité sociale (pour chaque œil et par an)	400 Euros		
AIDES AUDITIVES :			
Dans la limite de l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans, par oreille.			
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁴⁾ (dits de Classe I)	100% FR-MR, limités au PLV-MR		
APPAREIL DE CLASSE II ⁽⁷⁾	420% BR		
ALLOCATION RELATIVE AUX PILES	100% TM		
AUTRES ACTES AUDIOPROTHETIQUES	65 Euros		
AUTRES POSTES DE SOINS			
CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	100% FR-MR limités à 12% PMSS		
GARANTIES ANNEXES			
TIERS PAYANT	GARANTIE ACCORDÉE		
SANTÉ ASSISTANCE / ASSISTANCE TÉLÉCONSULTATION	GARANTIE ACCORDÉE (cf. document joint)		

LIMITES DE REMBOURSEMENTS **OPTION 2 - CONFORT & SUR COMPLÉMENTAIRE**
GRILLE OPTIQUE

HORS PANIER 100% SANTÉ	DANS LE RÉSEAU OPTIQUE ITELIS			HORS RÉSEAU OPTIQUE ITELIS			
	Niveau de correction (cf. détails en annexe)	Caractéristiques des verres Unifocaux organiques de marques exclusivement	Caractéristiques des verres Multifocaux organiques de marques exclusivement	Remboursement Incluant RO**	Caractéristiques des verres Unifocaux et Multifocaux	Verres Unifocal Remboursement* Incluant RO**	Verres Multifocal Remboursement* Incluant RO**
						Remboursements maximum	
Faible	Verre aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	Intégral	Variable selon l'opticien	60 €	120 €	
Modéré	• Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture • Verre aplani	• Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture • Verre progressifs sur-mesure			70 €	140 €	
Moyen	Verre très aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre très aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive			85 €	170 €	
Elevé	• Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture • Verre aplani	• Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture • Verre progressifs sur-mesure			100 €	200 €	
Très élevé	Verre ultra aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	Verre ultra aminci • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive			115 €	230 €	
	Monture jusqu'à 100 €			Monture	100 €		

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

GRILLE DE CORRECTION

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

LIMITES DE REMBOURSEMENTS **OPTION 2 - CONFORT** & SUR COMPLÉMENTAIRE

TARIFS MENSUELS en Euros
*** Tarifs actuels :**

Ils sont valables pour les adultes jusqu'à 75 ans à la souscription par différence de millésimes.

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

TRANCHES AGE Tarif en âge à l'adhésion	OPTION 2 CONFORT	SUR COMPLÉMENTAIRE	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
71 À 75 ANS	166,27 € □	14,76 € □	29,52 € □
66 À 70 ANS	148,38 € □	14,76 € □	29,52 € □
61 À 65 ANS	130,68 € □	13,05 € □	26,10 € □
56 À 60 ANS	116,31 € □	11,66 € □	23,32 € □
51 À 55 ANS	105,35 € □	10,60 € □	21,20 € □
46 À 50 ANS	95,61 € □	9,64 € □	19,28 € □
41 À 45 ANS	87,03 € □	8,76 € □	17,52 € □
36 À 40 ANS	79,23 € □	7,93 € □	15,86 € □
DE 18 À 35 ANS	71,96 € □	7,14 € □	14,28 € □
ENFANT À CHARGE ⁽⁸⁾	45,57 € □	4,21 € □	8,42 € □

LES TARIFS S'ENTENDENT PAR MOIS ET PAR PERSONNE HORS FRAIS DE PRÉLÈVEMENT (0,76€/MOIS)

- (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.
- (5) 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.
- (6) Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueraient sur la base de 100% du Ticket modérateur.
- (7) 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.
- (8) Enfant à charge - étudiant ou en recherche de premier emploi jusqu'au 31/12 des 26 ans de l'enfant - gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

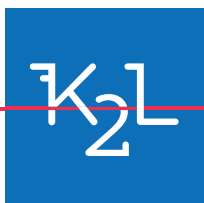


TABLEAU DE GARANTIES 2022

LIMITES DE REMBOURSEMENTS **OPTION 3 - OPTIMALE** & SUR COMPLÉMENTAIRE

Nature des prestations

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS		
	OPTION 3 OPTIMALE	SUR COMPLÉMENTAIRE 1	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
HOSPITALISATION ⁽¹⁾			
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% FR		
FRAIS DE SÉJOUR POUR HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	400% BR		
HONORAIRES ⁽²⁾			
Honoraires médicaux			
- Honoraires médicaux d'un médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	450% BR		
- Honoraires médicaux d'un médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou secteur non conventionné	200% BR	+100% BR	+200% BR
Honoraires paramédicaux	350% BR		
Forfait sur actes dits « lourds »	100% FR		
CHAMBRE PARTICULIERE (y compris maternité dans la limite de 5 jours)	100% FR limités à 100 Euros, par jour		
CHAMBRE PARTICULIERE en ambulatoire	100% FR limités à 80 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		
TRANSPORT MÉDICAL	100% BR		
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX			
Consultations et visites médicales par un médecin généraliste ou spécialiste			
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	350% BR		
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	+100% BR	+200% BR
Actes de spécialités (K), actes techniques médicaux (ATM)			
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	350% BR		
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	+100% BR	+200% BR
Actes d'imagerie (ADI) – Actes d'échographie (ADE)			
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	350% BR		
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	+100% BR	+200% BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Actes remboursés par la Sécurité sociale réalisés par des auxiliaires médicaux	350% BR		
ANALYSES & EXAMENS DE LABORATOIRE (y compris actes de prélèvements)	350% BR		
MÉDICAMENTS			
Médicaments, vaccins, substituts nicotiniques et préparations magistrales, remboursés par la Sécurité sociale	100% BR		
MATERIEL MÉDICAL			
Dispositifs médicaux (orthopédie, prothèse, petit appareillage) remboursés par la Sécurité sociale, hors optique et audiologie	470% BR		
SOINS COURANTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale	100 Euros, par an et par bénéficiaire		

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS		
	OPTION 3 OPTIMALE	SUR COMPLÉMENTAIRE 1	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
BIEN ÊTRE ET PRÉVENTION			
<p><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></p> <p><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></p>		350 Euros	
<p>Médicaments et préparations magistrales, non remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médicaments et préparations magistrales, non remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale) - Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale - Analyses biologiques non remboursées - Substituts nicotiques non remboursés par la Sécurité sociale 		65 Euros	
		200 Euros par an et par bénéficiaire	
		70 Euros par an et par bénéficiaire	
		65 Euros par an et par bénéficiaire	
<p>Séances d'OSTEOPATHIE, CHIROPRACTIE, ACUPUNCTURE, ETIOPATHE, NATUROPATHE, DIETETICIEN non prise en charge par la Sécurité sociale</p>		55 Euros, par séance, dans la limite de 6 séances, par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste	
DENTAIRE			
<p>SOINS et PROTHÈSES 100% SANTÉ ⁽⁴⁾</p> <p>Prothèses fixes, couronnes transitoires, inlay-core</p> <p>Prothèses amovibles définitives et transitoires, leurs actes de réparation et de suppléments ⁽⁴⁾</p>		100% FR-MR limités aux HLF-MR	
		100% FR-MR limités aux HLF-MR	
<p>PLAFOND DENTAIRE par période de 12 mois glissés à compter de la date d'effet de l'adhésion</p> <p><i>Dans la limite du plafond dentaire, par an et par bénéficiaire, au titre des « PROTHÈSES ⁽³⁾ et uniquement pour les frais engagés dans le cadre du PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISÉ » et du PANIER « TARIF LIBRE ».</i></p>		4 827 Euros	
<p>SOINS</p> <p>Soins dentaires (consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire, actes techniques médicaux)</p>		300% BR	
<p>Actes d'inlays, onlays remboursés par la Sécurité sociale</p> <p>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISÉ » ⁽⁴⁾</p> <p>PANIER « TARIF LIBRE »</p>		300% BR	
		300% BR	
<p>Actes de parodontologie remboursée par la Sécurité sociale</p>		420% BR	
<p>PROTHÈSES</p> <p>Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale</p> <p>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISÉ » ⁽⁴⁾</p> <p>PANIER « TARIF LIBRE »</p> <p>Supplément par dents visibles (incisives, canines et premières prémolaires) sur prothèses remboursées de type couronne</p>		520% BR, limités aux HLF-MR	
		520% BR	
		100 Euros, par dent	
<p>Inlay-Core remboursé par la Sécurité sociale</p> <p>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISÉ » ⁽⁴⁾</p> <p>PANIER « TARIF LIBRE »</p>		520% BR, limités aux HLF-MR	
		520% BR	
<p>Implantologie remboursée par la Sécurité sociale</p>		470% BR	
<p>ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</p> <p>Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale</p>		470% BR dans la limite de 4 semestres	

LIMITES DE REMBOURSEMENTS **OPTION 3 - OPTIMALE** & SUR COMPLÉMENTAIRE

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS		
	OPTION 3 OPTIMALE	SUR COMPLÉMENTAIRE 1	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
SOINS ET ÉQUIPEMENTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾	17% PMSS, par dent		
DENTS PROVISOIRES non remboursées	150 Euros par dent, dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire		
Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾ (1 implant par an et par personne)	1000 Euros		
Actes de parodontologie et endodontie non remboursée par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾	125 Euros par séance, dans la limite de 4 par an et par bénéficiaire		
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾	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'appariage 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.			
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁴⁾			
Monture + Verres de Classe A	100% FR-MR, limités aux PLV-MR		
Frais d'adaptation	100% FR-MR, limités aux PLV-MR		
ÉQUIPEMENTS OPTIQUE DE CLASSE B			
Monture de Classe B	100 Euros	150 Euros	150 Euros
Verres de Classe B	cf. grille optique ci-après		
Frais d'adaptation	100% TM		
LENTILLES DE CONTACT ⁽⁶⁾ y compris jetables, remboursées ou non par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)	500 Euros, par an et par bénéficiaire		
CHIRURGIE RÉFRACTIVE 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		
AIDES AUDITIVES :			
Dans la limite de l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans, par oreille.			
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁴⁾ (dits de Classe I)	100% FR-MR, limités au PLV-MR		
APPAREIL DE CLASSE II ⁽⁷⁾	470% BR		
ALLOCATION RELATIVE AUX PILES	100% TM		
AUTRES ACTES AUDIOPROTHÉTIQUES	80 Euros		
AUTRES POSTES DE SOINS			
CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	100% FR-MR limités à 15% PMSS		
GARANTIES ANNEXES			
TIERS PAYANT	GARANTIE ACCORDÉE		
SANTÉ ASSISTANCE / ASSISTANCE TÉLÉCONSULTATION	GARANTIE ACCORDÉE (cf. document joint)		

LIMITES DE REMBOURSEMENTS **OPTION 3 - OPTIMALE** & SUR COMPLÉMENTAIRE

GRILLE OPTIQUE

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

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

GRILLE DE CORRECTION

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

LIMITES DE REMBOURSEMENTS **OPTION 3 - OPTIMALE** & SUR COMPLÉMENTAIRE

TARIFS MENSUELS en Euros
*** Tarifs actuels :**

Ils sont valables pour les adultes jusqu'à 75 ans à la souscription par différence de millésimes.

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

TRANCHES AGE Tarif en âge à l'adhésion	OPTION 3 - OPTIMALE	SUR COMPLÉMENTAIRE	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
71 À 75 ANS	202,81 € □	14,76 € □	29,52 € □
66 À 70 ANS	174,84 € □	14,76 € □	29,52 € □
61 À 65 ANS	153,51€ □	13,05 € □	26,10 € □
56 À 60 ANS	136,24 € □	11,66 € □	23,32 € □
51 À 55 ANS	123,11 € □	10,60 € □	21,20 € □
46 À 50 ANS	111,53 € □	9,64 € □	19,28 € □
41 À 45 ANS	101,46 € □	8,76 € □	17,52 € □
36 À 40 ANS	92,45 € □	7,93 € □	15,86 € □
DE 18 À 35 ANS	84,40 € □	7,14 € □	14,28 € □
ENFANT À CHARGE ⁽⁸⁾	55,10 € □	4,21 € □	8,42 € □

LES TARIFS S'ENTENDENT PAR MOIS ET PAR PERSONNE HORS FRAIS DE PRÉLÈVEMENT (0,76€/MOIS)

- (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.
- (5) 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.
- (6) Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueraient sur la base de 100% du Ticket modérateur.
- (7) 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.
- (8) Enfant à charge - étudiant ou en recherche de premier emploi jusqu'au 31/12 des 26 ans de l'enfant - gratuité à compter du 3^{ème} enfant.