



# TABLEAU DE GARANTIES 2024

## 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
<b>HOSPITALISATION <sup>(1)</sup></b>			
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>	100% FR		
<b>FRAIS DE SÉJOUR POUR HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE</b>	400% BR		
<b>HONORAIRES <sup>(2)</sup></b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
- 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	<b>+100% BR</b>	<b>+200% BR</b>
<b>Honoraires paramédicaux</b>	350% BR		
<b>Forfait sur actes dits « lourds »</b>	100% FR		
<b>CHAMBRE PARTICULIERE (y compris maternité dans la limite de 5 jours)</b>	100% FR limités à 100 Euros, par jour		
<b>CHAMBRE PARTICULIERE en ambulatoire</b>	100% FR limités à 80 Euros		
<b>LIT D'ACCOMPAGNANT (enfant de moins de 16 ans et moins de 20 ans si handicapé, ou parent de plus de 70 ans)</b>	100% FR limités à 70 Euros, par nuit		
<b>TRANSPORT MÉDICAL</b>	100% BR		
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>			
<b>Consultations et visites médicales par un médecin généraliste ou spécialiste</b>			
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	350% BR		
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	<b>+100% BR</b>	<b>+200% BR</b>
<b>Consultations et visites médicales par un professionnel médical non médecin</b>			
- Chirurgien-dentiste	300% BR		
<b>Actes de spécialités (K), actes techniques médicaux (ATM)</b>			
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	350% BR		
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	<b>+100% BR</b>	<b>+200% BR</b>
- Chirurgien-dentiste	300% BR		
<b>Actes d'imagerie (ADI) – Actes d'échographie (ADE)</b>			
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	350% BR		
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	<b>+100% BR</b>	<b>+200% BR</b>
- Chirurgien-dentiste	300% BR		
<b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX</b>			
<b>Actes remboursés par la Sécurité sociale réalisés par des auxiliaires médicaux</b>	370% BR		
<b>ANALYSES &amp; EXAMENS DE LABORATOIRE (y compris actes de prélèvements)</b>	350% BR		
<b>MÉDICAMENTS</b>			
<b>Médicaments, vaccins, substituts nicotiniques et préparations magistrales, remboursés par la Sécurité sociale</b>	100% BR		
<b>MATERIEL MÉDICAL</b>			
<b>Dispositifs médicaux (orthopédie, prothèse, petit appareillage) remboursés par la Sécurité sociale, hors optique et audiologie</b>	470% BR (limité à 150% PMSS /an)		
<b>SOINS COURANTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>			
<b>Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale</b>	100 Euros, par an et par bénéficiaire		

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

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS		
	OPTION 3 OPTIMALE	SUR COMPLÉMENTAIRE 1	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
<b>BIEN ÊTRE ET PRÉVENTION</b>			
<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><b>Médicaments et préparations magistrales, non remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)</b></p> <p>- Médicaments et préparations magistrales, non remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)</p> <p>- Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale</p> <p>- Analyses biologiques non remboursées</p> <p>- Substituts nicotiques non remboursés par la Sécurité sociale</p>		65 Euros	
		200 Euros par an et par bénéficiaire	
		70 Euros par an et par bénéficiaire	
		65 Euros par an et par bénéficiaire	
<p><b>Séances d'OSTEOPATHIE, CHIROPRACTIE, ACUPUNCTURE, ETIOPATHE, NATUROPATHE, DIETETICIEN non prise en charge par la Sécurité sociale</b></p>		50 Euros, par séance, dans la limite de 6 séances, par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste	
<b>DENTAIRE</b>			
<p><b>SOINS et PROTHÈSES 100% SANTÉ <sup>(4)</sup></b></p> <p>- Prothèses fixes, couronnes transitoires, inlay-core</p> <p>- Prothèses amovibles définitives et transitoires, leurs actes de réparation et de suppléments <sup>(4)</sup></p>		100% FR-MR limités aux HLF-MR	
		100% FR-MR limités aux HLF-MR	
<p><b>PLAFOND DENTAIRE</b> 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 <sup>(3)</sup> et uniquement pour les frais engagés dans le cadre du PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » et du PANIER « TARIF LIBRE ».</i></p>		4 827 Euros	
<p><b>SOINS</b></p> <p><b>Soins dentaires</b> (consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire, actes techniques médicaux)</p> <p><b>réalisés par un chirurgien-dentiste</b></p> <p><b>réalisés par un stomatologue :</b></p> <p>- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée</p> <p>- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée</p>		300% BR	
		350% BR	
		200% BR	
<p><b>Actes d'inlays, onlays remboursés par la Sécurité sociale</b> PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » <sup>(4)</sup></p> <p><b>réalisés par un chirurgien-dentiste</b></p> <p><b>réalisés par un stomatologue :</b></p> <p>- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée</p> <p>- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée</p>		300% BR	
		350% BR	
		200% BR	
<p><b>PANIER « TARIF LIBRE »</b></p> <p><b>réalisés par un chirurgien-dentiste</b></p> <p><b>réalisés par un stomatologue :</b></p> <p>- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée</p> <p>- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée</p>		300% BR	
		350% BR	
		200% BR	
<p><b>Actes de parodontologie remboursée par la Sécurité sociale</b></p> <p><b>réalisés par un chirurgien-dentiste</b></p> <p><b>réalisés par un stomatologue :</b></p> <p>- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée</p> <p>- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée</p>		420% BR	
		350% BR	
		200% BR	
<p><b>PROTHÈSES</b></p> <p><b>Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale</b> PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » <sup>(4)</sup></p> <p>PANIER « TARIF LIBRE »</p>		520% BR, limités aux HLF-MR	
		520% BR	

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

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS		
	OPTION 3 OPTIMALE	SUR COMPLÉMENTAIRE 1	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
<b>Supplément par dents visibles (incisives, canines et premières prémolaires) sur prothèses remboursées de type couronne</b>	100 Euros, par dent		
<b>Inlay-Core remboursé par la Sécurité sociale</b>	520% BR, limités aux HLF-MR		
PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISÉ » <sup>(4)</sup>	520% BR		
PANIER « TARIF LIBRE »	520% BR		
<b>Implantologie remboursée par la Sécurité sociale</b>	520% BR		
<b>ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>	470% BR dans la limite de 4 semestres		
<b>Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale</b>	470% BR dans la limite de 4 semestres		
<b>SOINS ET ÉQUIPEMENTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>	17% PMSS, par dent		
<b>Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale</b> <sup>(5)</sup>	17% PMSS, par dent		
<b>DENTS PROVISOIRES non remboursées</b>	150 Euros par dent, dans la limite de 2 par an et par bénéficiaire		
<b>Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale</b> <sup>(5)</sup> (1 implant par an et par personne)	1000 Euros		
<b>Actes de parodontologie et endodontie non remboursée par la Sécurité sociale</b> <sup>(7)</sup>	125 Euros par séance, dans la limite de 4 par an et par bénéficiaire		
<b>Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale</b> <sup>(5)</sup>	420% BR, reconstituée sur la base d'un TO90		
<b>FRAIS D'OPTIQUE :</b>			
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.			
<b>ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ</b> <sup>(4)</sup>	100% FR-MR, limités aux PLV-MR		
<b>Monture + Verres de Classe A</b>	100% FR-MR, limités aux PLV-MR		
<b>Frais d'adaptation</b>	100% FR-MR, limités aux PLV-MR		
<b>ÉQUIPEMENTS OPTIQUE DE CLASSE B</b>	100 Euros		
<b>Monture de Classe B</b>	cf. grille optique ci-après		
<b>Verres de Classe B</b>	cf. grille optique ci-après		
<b>Frais d'adaptation</b>	100% TM		
<b>LENTILLES DE CONTACT</b> <sup>(6)</sup> <b>y compris jetables, remboursées ou non par la Sécurité sociale</b> (sur prescription médicale)	500 Euros, par an et par bénéficiaire		
<b>CHIRURGIE RÉFRACTIVE et IMPLANTS INTRAOCULAIRES posés à l'occasion de la cataracte, non pris en charge par la Sécurité sociale</b> (pour chaque œil et par an)	675 Euros, par an et par bénéficiaire		
<b>AIDES AUDITIVES :</b> Dans la limite de l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans, par oreille.			
<b>ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ</b> <sup>(4)</sup> (dits de Classe I)	100% FR-MR, limités au PLV-MR		
<b>APPAREIL DE CLASSE II</b> <sup>(7)</sup>	370% BR		
- bénéficiaire âgé de moins de 20 ans ou patient atteint de cécité	370% BR		
- bénéficiaire âgé d'au moins 20 ans	370% BR		
<b>ALLOCATION RELATIVE AUX PILES</b>	100% TM		
<b>AUTRES ACTES AUDIOPROTHÉTIQUES</b>	80 Euros		
<b>AUTRES POSTES DE SOINS</b>			
<b>CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>	100% FR-MR limités à 15% PMSS		
<b>GARANTIES ANNEXES</b>			
<b>TIERS PAYANT</b>	GARANTIE ACCORDÉE		
<b>SANTÉ ASSISTANCE / ASSISTANCE TÉLÉCONSULTATION</b>	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**
					<b>Remboursements maximum</b>	
Faible	<b>Verre aminci</b> • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	<b>Verre aminci</b> • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	<b>Intégral</b>	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	<b>Verre très aminci</b> • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	<b>Verre très aminci</b> • 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	<b>Verre ultra aminci</b> • Traitement contre les rayures • Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive	<b>Verre ultra aminci</b> • 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 / gratuité au 3<sup>ème</sup> enfant.

TRANCHES AGE Tarif en âge à l'adhésion	OPTION 3 - OPTIMALE	SUR COMPLÉMENTAIRE	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
<b>71 À 75 ANS</b>	238.75 € □	17.38 € □	34.75 € □
<b>66 À 70 ANS</b>	205.82 € □	17.38 € □	34.75 € □
<b>61 À 65 ANS</b>	180.71 € □	15.36 € □	30.72 € □
<b>56 À 60 ANS</b>	152.96 € □	13.09 € □	26.18 € □
<b>51 À 55 ANS</b>	138.22 € □	11.90 € □	23.80 € □
<b>46 À 50 ANS</b>	125.21 € □	10.82 € □	21.65 € □
<b>41 À 45 ANS</b>	113.91 € □	9.83 € □	19.67 € □
<b>36 À 40 ANS</b>	103.79 € □	8.90 € □	17.81 € □
<b>DE 18 À 35 ANS</b>	94.76 € □	8.02 € □	16.03 € □
<b>ENFANT À CHARGE <sup>(8)</sup></b>	61.86 € □	4.73 € □	9.45 € □

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<sup>ème</sup> enfant.