



TABLEAU DE GARANTIES 2026

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 40 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 50 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
Consultations et visites médicales par un professionnel médical non médecin			
- Chirurgien-dentiste	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
- Chirurgien-dentiste	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
- Chirurgien-dentiste	200% BR		
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Actes remboursés par la Sécurité sociale réalisés par des auxiliaires médicaux	100% 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 audiology	270% BR (limité à 150% PMSS /an)		
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			
<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>		300 Euros	
Médicaments et préparations magistrales, non remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription médicale) - 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		45 Euros	
		150 Euros par an et par bénéficiaire	
		50 Euros par an et par bénéficiaire	
		45 Euros par an et par bénéficiaire	
Séances d'OSTEOPATHIE, CHIROPRACTIE, ACUPUNCTURE, ETIOPATHE, NATUROPATHE, DIETETICIEN non prise en charge par la Sécurité sociale		30 Euros, par séance, dans la limite de 6 séances, par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste	
DENTAIRE			
SOINS et PROTHÈSES 100% SANTÉ ⁽⁴⁾ - 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	
PLAFOND DENTAIRE par période de 12 mois glissés à compter de la date d'effet de l'adhésion <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>		4 086 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		200% BR	
réalisés par un stomatologue : - Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée		125% BR	
		105% BR	
Actes d'inlays, onlays remboursés par la Sécurité sociale <u>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » ⁽⁴⁾</u> réalisés par un chirurgien-dentiste		220% BR	
réalisés par un stomatologue : - Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée		125% BR	
		105% BR	
<u>PANIER « TARIF LIBRE »</u> réalisés par un chirurgien-dentiste		220% BR	
réalisés par un stomatologue : - Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée		125% BR	
		105% BR	
Actes de parodontologie remboursée par la Sécurité sociale réalisés par un chirurgien-dentiste		320% BR	
réalisés par un stomatologue : - Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée		125% BR	
		105% BR	
PROTHÈSES Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale <u>PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » ⁽⁴⁾</u>		450% BR, limités aux HLF-MR	
<u>PANIER « TARIF LIBRE »</u>		450% BR	

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

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS		
	OPTION 1 ÉQUILIBRE	SUR COMPLÉMENTAIRE 1	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
Supplément par dents visibles (incisives, canines et premières prémolaires) sur prothèses remboursées de type couronne	50 Euros, par dent		
Inlay-Core remboursé par la Sécurité sociale	450% BR, limités aux HLF-MR		
PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISE » ⁽⁴⁾			
PANIER « TARIF LIBRE »	450% BR		
Implantologie remboursée par la Sécurité sociale	450% BR		
ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	350% BR dans la limite de 4 semestres		
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale			
SOINS ET ÉQUIPEMENTS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	14% PMSS, par dent		
Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾			
DENTS PROVISOIRES non remboursées	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 remboursée 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 prwise 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⁾	100% FR-MR,limités aux PLV-MR		
Monture + Verres de Classe A			
Frais d'adaptation	100% FR-MR, limités aux PLV-MR		
ÉQUIPEMENTS OPTIQUE DE CLASSE B	100 Euros		
Monture de Classe B			
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)	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, par an et par bénéficiaire		
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⁾	270% BR		
- bénéficiaire âgé de moins de 20 ans ou patient atteint de cécité			
- bénéficiaire âgé d'au moins 20 ans	270% BR		
ALLOCATION RELATIVE AUX PILES	100% TM		
AUTRES ACTES AUDIOPROTHETIQUES	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 • 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 novice • Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture • Verre progressifs sur-mesure	Intégral	Variable selon l'opticien	50 €	100 €
Modéré					60 €	120 €
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 novice • Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture • Verre progressifs sur-mesure			75 €	150 €
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			90 €	180 €
Très élevé					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 / 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	170.08 € □	19.70 € □	39.39 € □
66 À 70 ANS	157.44 € □	19.70 € □	39.39 € □
61 À 65 ANS	139.21 € □	17.41 € □	34.83 € □
56 À 60 ANS	118.63 € □	14.84 € □	29.68 € □
51 À 55 ANS	107.85 € □	13.49 € □	26.98 € □
46 À 50 ANS	98.02 € □	12.27 € □	24.54 € □
41 À 45 ANS	89.10 € □	11.15 € □	22.30 € □
36 À 40 ANS	80.70 € □	10.09 € □	20.18 € □
DE 18 À 35 ANS	72.62 € □	9.09 € □	18.17 € □
ENFANT À CHARGE ⁽⁸⁾	42.80 € □	5.36 € □	10.72 € □

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 aérarium, 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.