



TABLEAU DE GARANTIES 2026

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	450% BR		
- Honoraires médicaux d'un médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	+100% BR	+200% BR
- Honoraires médicaux d'un médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou secteur non conventionné			
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	350% BR		
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	+100% BR	+200% BR
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée			
Consultations et visites médicales par un professionnel médical non médecin	300% BR		
- Chirurgien-dentiste			
Actes de spécialités (K), actes techniques médicaux (ATM)	350% BR		
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	+100% BR	+200% BR
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée			
- Chirurgien-dentiste	300% BR		
Actes d'imagerie (ADI) - Actes d'échographie (ADE)			
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR	+100% BR	+200% BR
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée			
- Chirurgien-dentiste	300% BR		
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Actes remboursés par la Sécurité sociale réalisés par des auxiliaires médicaux	370% 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 (limité à 150% PMSS /an)		
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		

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

NATURE DES SOINS	LIMITES DE REMBOURSEMENTS		
	OPTION 3 OPTIMALE	SUR COMPLÉMENTAIRE 1	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
BIEN ÊTRE ET PRÉVENTION			
Dans la limite d'un plafond commun Médecines alternatives et Actes de prévention, par an et par bénéficiaire dont le montant est fixé à :			
Etant rappelé que ce plafond est conjoint pour la médecine douce et les médicaments et préparations magistrales, non remboursés par la Sécurité sociale.	350 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)	65 Euros		
- Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	200 Euros par an et par bénéficiaire		
- Analyses biologiques non remboursées	70 Euros par an et par bénéficiaire		
- Substituts nicotiniques non remboursés par la Sécurité sociale	65 Euros par an et par bénéficiaire		
Séances d'OSTEOPATHIE, CHIROPRACTIE, ACUPUNCTURE, ETIOPATHE, NATUROPATHIE, DIETETICIEN non prise en charge par la Sécurité sociale	50 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	100% FR-MR limités aux HLF-MR		
- Prothèses amovibles définitives et transitoires, leurs actes de réparation et de suppléments ⁽⁴⁾	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	4 827 Euros		
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 ».			
SOINS			
Soins dentaires (consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire, actes techniques médicaux)	300% BR		
réalisés par un chirurgien-dentiste			
réalisés par un stomatologue :	350% BR		
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR		
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée			
Actes d'inlays, onlays remboursés par la Sécurité sociale			
PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISÉ » ⁽⁴⁾	300% BR		
réalisés par un chirurgien-dentiste			
réalisés par un stomatologue :	350% BR		
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR		
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée			
PANIER « TARIF LIBRE »	300% BR		
réalisés par un chirurgien-dentiste			
réalisés par un stomatologue :	350% BR		
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR		
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée			
Actes de parodontologie remboursée par la Sécurité sociale			
réalisés par un chirurgien-dentiste	420% BR		
réalisés par un stomatologue :			
- Médecin signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	350% BR		
- Médecin non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200% BR		
PROTHÈSES			
Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale	520% BR, limités aux HLF-MR		
PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISÉ » ⁽⁴⁾			
PANIER « TARIF LIBRE »	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
Supplément par dents visibles (incisives, canines et premières prémolaires) sur prothèses remboursées de type couronne	100 Euros, par dent		
Inlay-Core remboursé par la Sécurité sociale	PANIER « RESTE A CHARGE MAITRISÉ » ⁽⁴⁾	520% BR, limités aux HLF-MR	
	PANIER « TARIF LIBRE »	520% BR	
Implantologie remboursée par la Sécurité sociale	520% BR		
ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	470% BR dans la limite de 4 semestres		
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'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⁾ 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, 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⁾	
- bénéficiaire âgé de moins de 20 ans ou patient atteint de cécité	370% BR
- bénéficiaire âgé d'au moins 20 ans	370% 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 <ul style="list-style-type: none">Traitements contre les rayuresTraitements antireflets, anti UV et anti lumière bleue nociveEpaisseur du verre optimisée en fonction de la montureVerre aplani	Verre aminci <ul style="list-style-type: none">Traitements contre les rayuresTraitements antireflets, anti UV et anti lumière bleue noviceEpaisseur du verre optimisée en fonction de la montureVerre progressifs sur-mesure			70 €	140 €
Modéré					85 €	170 €
Moyen	Verre très aminci <ul style="list-style-type: none">Traitements contre les rayuresTraitements antireflets, anti UV et anti lumière bleue nociveEpaisseur du verre optimisée en fonction de la montureVerre aplani	Verre très aminci <ul style="list-style-type: none">Traitements contre les rayuresTraitements antireflets, anti UV et anti lumière bleue noviceEpaisseur du verre optimisée en fonction de la montureVerre progressifs sur-mesure	Intégral	Variable selon l'opticien	100 €	200 €
Elevé	Verre ultra aminci <ul style="list-style-type: none">Traitements contre les rayuresTraitements antireflets, anti UV et anti lumière bleue nociveEpaisseur du verre optimisée en fonction de la montureVerre aplani	Verre ultra aminci <ul style="list-style-type: none">Traitements contre les rayuresTraitements antireflets, anti UV et anti lumière bleue nociveEpaisseur du verre optimisée en fonction de la montureVerre progressifs sur-mesure			125 €	250 €
Très élevé					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^{ème} enfant.

TRANCHES AGE Tarif en âge à l'adhésion	OPTION 3 – OPTIMALE	SUR COMPLÉMENTAIRE	SUR COMPLÉMENTAIRE 2
71 À 75 ANS	270.64 € <input type="checkbox"/>	19.70 € <input type="checkbox"/>	39.39 € <input type="checkbox"/>
66 À 70 ANS	233.32 € <input type="checkbox"/>	19.70 € <input type="checkbox"/>	39.39 € <input type="checkbox"/>
61 À 65 ANS	204.86 € <input type="checkbox"/>	17.41 € <input type="checkbox"/>	34.83 € <input type="checkbox"/>
56 À 60 ANS	173.39 € <input type="checkbox"/>	14.84 € <input type="checkbox"/>	29.68 € <input type="checkbox"/>
51 À 55 ANS	156.68 € <input type="checkbox"/>	13.49 € <input type="checkbox"/>	26.98 € <input type="checkbox"/>
46 À 50 ANS	141.94 € <input type="checkbox"/>	12.27 € <input type="checkbox"/>	24.54 € <input type="checkbox"/>
41 À 45 ANS	129.13 € <input type="checkbox"/>	11.15 € <input type="checkbox"/>	22.30 € <input type="checkbox"/>
36 À 40 ANS	117.66 € <input type="checkbox"/>	10.09 € <input type="checkbox"/>	20.18 € <input type="checkbox"/>
DE 18 À 35 ANS	107.42 € <input type="checkbox"/>	9.09 € <input type="checkbox"/>	18.17 € <input type="checkbox"/>
ENFANT À CHARGE ⁽⁸⁾	70.13 € <input type="checkbox"/>	5.36 € <input type="checkbox"/>	10.72 € <input type="checkbox"/>

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'effectueront 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'effectueront 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.