

FRAIS DE SOINS - MALADIE - MATERNITÉ - ACCIDENTS - CHIRURGIE - HOSPITALISATION (art. 2 des Conditions Générales)

FORMULE PROPOSEE	Remboursements exprimés : Régime obligatoire + Mutuelle			
	ECONOMIQUE	CONFORT	SERENITE	PRESTIGE
HOSPITALISATION				
Frais de séjour et traitement	100 % BR	110 % BR	140 % BR	170 % BR
Honoraires				
• Honoraires médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	170 % BR	220 % BR
• Honoraires médecin non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	100 % BR	110 % BR	140 % BR	180 % BR
Forfait journalier hospitalier	20 € par jour ⁽⁵⁾	20 € par jour ⁽⁵⁾	20 € par jour ⁽⁵⁾	20 € par jour ⁽⁵⁾
Forfait Patient Urgence ⁽⁶⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres actes				
• Chambre particulière en cas d'hospitalisation supérieure à 24h ⁽¹⁾	36.66 €	73.32 €	73.32 €	91.65 €
• Frais d'accompagnant d'un assuré jusqu'à 18 ans (par an)	109.98 €	219.96 €	256.62 €	256.62 €
• Forfait actes lourds	24.00 €	24.00 €	24.00 €	24.00 €
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
• Consultation, visite, actes techniques médicaux				
- d'un médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	170 % BR	220 % BR
- d'un médecin non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	100 % BR	110 % BR	140 % BR	200 % BR
- d'un médecin non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR
• Actes de radiologie				
- d'un médecin adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	170 % BR
- d'un médecin non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Honoraires paramédicaux				
• Auxiliaires médicaux - OPTAM ou OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	170 % BR
• Auxiliaires médicaux - non OPTAM-non OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Analyses et examens de laboratoire				
• Analyses - OPTAM ou OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	170 % BR
• Analyses - non OPTAM ou non OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Médicaments				
• Pharmacie remboursable par le R.O (toutes vignettes)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical				
• Orthopédie et autres appareillages (Hors dentaire et auditif)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
OPTIQUE				
Actes hors 100% santé - classe B * ⁽²⁾				
Equipement hors 100 % Santé				
• Monture	30.00 €	40.00 €	65.00 €	100.00 €
• Forfait par verre simple (a)	30.00 €	67.50 €	80.00 €	160.00 €
• Forfait par verre complexe (c)	85.00 €	95.00 €	115.00 €	210.00 €
• Forfait par verre très complexe (f)	90.00 €	105.00 €	125.00 €	225.00 €
• Prestation d'adaptation de la correction visuelle	10.00 €	10.00 €	10.00 €	10.00 €
• Autre supplément	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes 100% santé - classe A ⁽²⁾				
Equipement 100 % Santé *				
• Verres / Monture - Prestation d'appairage et d'adaptation	Frais 100 % remboursés	Frais 100 % remboursés	Frais 100 % remboursés	Frais 100 % remboursés
• Supplément	Frais 100 % remboursés	Frais 100 % remboursés	Frais 100 % remboursés	Frais 100 % remboursés
Autres actes				
Lentilles de contact acceptées ou refusées par le R.O.	100 % BR + forfait 54.99 €	100% BR + forfait 73.32 €	100 % BR + forfait 109.98 €	100 % BR + forfait 293.28 €
Chirurgie réfractive de l'œil, refusée par le R.O - forfait par œil	-	183.30 €	183.30 €	366.60 €
AIDES AUDITIVES				
Actes hors 100% santé - classe II * ⁽³⁾				
Equipement - par appareil hors 100 % Santé	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Actes 100% santé - classe I ⁽³⁾				
Equipement 100 % Santé *	Frais 100 % remboursés	Frais 100 % remboursés	Frais 100 % remboursés	Frais 100 % remboursés
Autres actes ⁽³⁾				
Piles pour appareils auditifs	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
DENTAIRE				
Actes hors 100% santé (paniers libre et maîtrisé *) ⁽⁴⁾				
Soins				
Soins dentaires acceptés par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Inlay / onlay acceptés par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Prothèses				
Prothèses dentaires acceptées par le R.O. (par dent)	100 % BR	100 % BR + forfait 183.3 €	100 % BR + forfait 238.29 €	100 % BR + forfait 384.93 €
Prothèses dentaires refusées par le R. O. (HN, implant) par an	-	183.30 €	183.30 €	293.28 €
Actes 100% santé ⁽⁴⁾				
Soins et prothèses 100 % Santé *	Frais 100 % remboursés	Frais 100 % remboursés	Frais 100 % remboursés	Frais 100 % remboursés
Orthodontie				
Orthodontie prise en charge par le R.O.	100 % BR	150 % BR	200 % BR	225 % BR
TRANSPORT				
• Transports médicaux acceptés par le R.O.	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

FORMULE PROPOSEE	Remboursements exprimés : Régime obligatoire + Mutuelle			
	ECONOMIQUE	CONFORT	SERENITE	PRESTIGE
CURE THERMALE (prise en charge par le RO)				
* Frais d'hébergement et de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
* Frais de traitement et Honoraires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
PREVENTION, BIEN-ETRE				
* Médecine naturelle : ostéopathie, acupuncture, étio-pathie, chiropractie, psychomotricité, sophrologie, soins de pédicurie et de podologie, consultation de naturopathie - forfait annuel par assuré	54.99 €	54.99 €	65.99 €	102.65 €
* Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO - forfait annuel par assuré	-	36.66 €	54.99 €	73.32 €
* Sevrage tabagique - 1 forfait tous les 2 ans par assuré	109.98 €	109.98 €	109.98 €	109.98 €
* Vaccins non pris en charge (forfait annuel par assuré)	109.98 €	109.98 €	109.98 €	109.98 €
* Contraception prescrite - forfait annuel par assuré	73.32 €	73.32 €	73.32 €	73.32 €
* Consultation psychologue (forfait par séance et par assuré) ⁽⁷⁾	60.00 €	60.00 €	60.00 €	60.00 €
* Actes de prévention prévus par l'art. R871-2 du code de la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
VOS SERVICES				
* Assistance	inclus	inclus	inclus	inclus
* Tiers payant	inclus	inclus	inclus	inclus
* Réseau de soins (Itelis)	inclus	inclus	inclus	inclus

EXTENSION facultative "PACK OPTION +" (Forfaits complémentaires, par année civile et par personne suivant la formule de base souscrite)

■ Bonus HOSPITALISATION				
* Chambre particulière en cas d'hospitalisation en ambulatoire (inférieure à 24h)	36.66 €	42.16 €	47.66 €	54.99 €
* Fécondation in vitro - amniocentèse (actes non remboursés par le RO)	183.30 €	183.30 €	183.30 €	183.30 €
■ Bonus SOINS COURANTS				
* Prothèses mammaires - capillaires - fauteuils handicapés acceptés par le RO, coussin anti-escarre	109.98 €	146.64 €	219.96 €	293.28 €
* Semelles orthopédiques prises en charge par le RO	36.66 €	42.16 €	47.66 €	54.99 €
* Analyse HN	45.83 €	45.83 €	51.32 €	56.82 €
* Médicaments non remboursés	45.00 €	45.00 €	45.00 €	45.00 €
■ Bonus AIDES AUDITIVES				
* Appareil auditif Hors 100% santé - par appareil ⁽³⁾	146.64 €	274.95 €	366.60 €	549.90 €
■ Bonus DENTAIRE				
* Implantologie, parodontologie, rescellement, endodontie, attachement, dépose couronne - Hors 100% santé ⁽⁴⁾	183.30 €	219.96 €	293.28 €	366.60 €
* Orthodontie acceptée ou refusée par le RO	256.62 €	293.28 €	293.28 €	329.94 €
* Prothèse dentaire et inlay onlay acceptées par le RO - Hors 100 % Santé ⁽⁴⁾	183.30 €	274.95 €	293.28 €	366.60 €
■ Bonus CURE THERMALE				
* Frais annexes cures thermales acceptées par le RO (transport, hébergement, repas)	82.49 €	82.49 €	82.49 €	82.49 €
■ Bonus PREVENTION, BIEN-ETRE				
* Bilan nutritionnel (réalisé par un médecin ou un diététicien)	146.64 €	146.64 €	293.28 €	293.28 €
* Renfort médecine naturelle - ostéopathie, acupuncture, étio-pathie, chiropractie, psychomotricité, sophrologie, soins de pédicurie et de podologie, consultation de naturopathie	46.74 €	46.74 €	59.39 €	82.12 €

Les garanties s'exercent dans les conditions des articles L871-1, R871-1 et R871-2 du code de la sécurité sociale et conformément au décret n°2019-21 du 11 janvier 2019. En application du v de l'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, votre contrat vous permet de bénéficier de la dispense d'avance de frais auprès de tous les professionnels de santé acceptant le Tiers Payant (sous réserve d'une carte de tiers payant en cours de validité).

Les garanties sont accordées sans formalité médicale, dans la limite des frais réels exposés et des plafonds prévus par l'article R 871-2 du code de la sécurité sociale.

Les garanties sont exprimées :

- en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) et intègrent les remboursements du Régime Obligatoire
- ou en forfait en euros par année civile et par assuré, indexé sur la base l'indice de référence - à l'exception des forfaits lunettes
- ou en une combinaison du pourcentage de la BR et du forfait en euros.

Les forfaits lunettes comprennent le remboursement du Régime Obligatoire.

Liste des termes utilisés dans le tableau de garanties :

HLF : Honoraires limites de facturation
FR : Frais réels
LPP : Liste des produits et prestations
OPTAM ou OPTAM-CO : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

BR : Base de remboursement
RO : Régime obligatoire
TM : Ticket modérateur
PLV : Prix limite de vente
HN : Hors nomenclature

INDICE REFERENCE
3 666 €

* Tels que définis réglementairement dans le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019

(1) Limité à 60 jours par an dans les cas prévus à l'article 2 des Conditions générales.

(2) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Les catégories de verres sont définies réglementairement à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. L'assuré a la possibilité de choisir une monture de classe A et des verres de classe B et réciproquement. Pour les équipements 100% santé, remboursement limité au Prix Limites de Vente (PLV).

(3) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Pour les équipements 100% santé, remboursement limité au Prix Limites de Vente (PLV). Pour les autres équipements, remboursement dans la limite de 1700€ par appareil (RO inclus).

(4) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour la réalisation d'actes dentaires dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et sans excéder les Honoraires Limites de Facturation (HLF) pour les actes 100% santé et maîtrisés.

(5) 15 € par jour dans le service de psychiatrie d'un établissement de santé.

(6) Participation forfaitaire du patient aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

(7) 4 séances par an et par assuré dans la limite de 60€ par séance