

Barème de prestations (1)

R.O **OPTION 1** **OPTION 2** **OPTION 3**

SOINS COURANTS

Remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle

Consultation, visite de généraliste, spécialiste	70%	100% Br	125% Br	170% Br
Actes Techniques Médicaux (hors hospitalisation)	70%	100% Br	125% Br	170% Br
Imageries Médicales	70%	100% Br	100% Br	100% Br
Laboratoire et prélèvements	60%	100% Br	100% Br	100% Br
Auxiliaires Médicaux (Actes de kinésithérapie ; Soins Infirmiers ; Orthophonie)	60%	100% Br	100% Br	100% Br
Frais de transport (acceptés RO)	65%	100% Br	100% Br	100% Br
Pharmacie (vignettes : blanches, bleues, orange)	15% 35% 65%	100% Br	100% Br	100% Br
Prise en charge de la franchise de 24 € pour tout acte supérieur à 120 €	-	OUI	OUI	OUI

HOSPITALISATION Médecine, Chirurgie

Frais de structure et de soins (hors PSY et EHPAD)	80% 100%	100% Br	100% Br	100% Br
Honoraires Chirurgie/ Anesthésie en établissement conventionné (2)	100%	100% Br	150% Br	200% Br
Honoraires Chirurgie/ Anesthésie en établissement non conventionné (2)	100%	100% Br	100% Br	100% Br
Forfait Journalier (3) (hors PSY et EHPAD)	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre Particulière (4)	-	-	40 € /jour	60 € /jour
Lit accompagnant (enfant – de 16 ans) (5)	-	-	20 € /jour	30 € /jour

APPAREILLAGE

Grand matériel médical (forfait annuel) ; Orthopédie ; Petits appareillages ; Prothèse Mammaire / Capillaire	60% 100%	TM+100 €	TM+150 €	TM+300 €
Appareil Auditif (accessoires et piles inclus) (6)	60%	TM+100 €	TM+150 €	TM+300 €
Appareil respiratoire (apnée du sommeil)	60%	100% Br	100% Br	100% Br

DENTAIRE

Soins dentaires, Inlay, Onlay, Radio	70%	100% Br	125% Br	170% Br
Prothèses dentaires et Inlay-Core (acceptés RO) + Bonus fidélité (7)	70%	200% Br	250% Br	300% Br
Orthodontie (acceptés RO) / semestre	100%	200% Br	250% Br	300% Br
Implants (forfait annuel) ou acte de parodontologie (7.1)	-	-	400 € /an	600 € /an

OPTIQUE

Monture (8)	60%	50 € /an	50 € /an	100 € /an
Verre (8) (simple ; complexe ; hyper complexe) ou Lentilles (acceptées ou refusées)	60%	75 €	100 €	150 €
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, presbytie) Forfait par œil	-	-	100 €	150 €

PRÉVENTION ET AUTRES SOINS

Détartrage complet ; Dépistage des troubles de l'audition (+50 ans)	-	100% Br	100% Br	100% Br
Dépistage de l'Hépatite B ; Vaccinations* ; Ostéodensitométrie remboursée (femmes + 50 ans)	-	100% Br	100% Br	100% Br

BIEN ÊTRE

Médecine Douce (9)	-	20 € /séance	40 € / séance	50 € / séance
Forfait Médicaments non remboursés inscrit au Vidal**	-	30 € /an	50 € /an	70 € /an
Maternité (+1 ^{ère} année d'adhésion gratuite pour le nouveau-né)	-	-	100 €	150 €
Cure Thermale	65%	-	-	TM + 300 €

DIVERS

Assistance à domicile ; Protection Juridique Santé*** / Carte Tiers Payant	-	OUI	OUI	OUI
--	---	-----	-----	-----

(1) Tous les pourcentages exprimés au sein du tableau se calculent par référence au tarif de base de remboursement du régime obligatoire (RO). Les forfaits et plafonds de garantie (hors optique) sont valables par bénéficiaire et par année civile (pas de report d'une année sur l'autre des forfaits ou plafonds non utilisés). Les remboursements sont effectués sans qu'au total l'assuré puisse recevoir une somme supérieure à ses débours réels. Votre contrat tient compte des mesures prévues par l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale, du respect du parcours de soins et de la législation des contrats responsables (article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale complété par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014). Il ne prend pas en charge les participations forfaitaires prévues à l'article L. 322-2 du Code de la sécurité sociale (participation de 1 €, franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical, 2 € par transport).

En cas de pluralité d'assureurs, les dispositions de l'article 2 du décret n° 90-769 du 13 août 1990 s'appliquent.

(2) Dépassements d'honoraires chirurgicaux : calculés sur la base de remboursement de la sécurité sociale, ainsi que sur présentation du bulletin de situation et de la facture de l'établissement acquittée.

(3) Forfait Journalier limitée à 30 jours /an en option 1, 60 jours /an en option 2 et 120 jours /an en option 3.

(4) Chambre particulière médecine, chirurgie (hors EHPAD) : limitée à 60 jours /an en option 2, 90 jours /an en option 3 et 10 jours /an en maternité option 2 et 3

(5) Lit accompagnant (enfant – de 16 ans) : limité à 30 jours /an en option 2 et 3

(6) Appareillage auditif : Forfait annuel par oreille appareillée

(7) Prothèses dentaires remboursement (hors TM) plafonné à :

550 €/an en Option 1 ; 850 €/an en option 2 ; 1 100 €/an en option 3

+ Bonus fidélité :

à partir de la 3ème année plafond : 1100 €/an en option 1 ; 1 250 €/an en option 2 ; 1 500 €/an en option 3

à partir de la 4ème année plafond : 1500 €/an en option 1 ; 1 750 €/an en option 2 ; 2 000 €/an en option 3

(7.1) Implants ou acte de parodontologie forfait annuel.

(8) Les forfaits sont annuels (de date à date à partir de la date d'acquisition du dernier équipement) et par bénéficiaire

9) Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, diététique, acupuncture, sophrologie, pédicurie, 6 séances par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues

*Vaccinations : diphtérie, tétanos, poliomyélite (tous âges), Haemophilus Influenzae B, Infection invasive à pneumocoques.

**Médicaments non remboursés inscrit au Vidal sur prescription médicale

*** Prestations décrites dans le dépliant « Assistance » Renseignements auprès de nos collaboratrices.

Lexique : BR - Base de remboursement de la Sécurité Sociale / RO = régime obligatoire / REC = reconstituée TM - Ticket Modérateur = différence entre le TC (Tarif de Convention) et le remboursement



3 OPTIONS ADAPTÉES À VOS BESOINS OPTION 1 – OPTION 2 – OPTION 3

VOS AVANTAGES

- **Plus d'écoute** - Des études et des solutions personnalisées
- Des conseillers spécialisés
- **Plus de facilités** - Des conditions de souscriptions simplifiées
- Une consultation de vos remboursements sur Internet
- **Plus de services** - La prise en charge des visites de prévention non remboursées par la Sécurité Sociale
- Une assistance santé à domicile (aide ménagère, aide à la médiation...)
- Un tarif juste et souple
- Un forfait médecine douce
- **Plus de souplesse** - Aucune avance de frais (tiers payant national) chez tous les professionnels de santé acceptant cette pratique
- Un traitement des dossiers sous 48 h (remboursement par virement bancaire)
- Liaisons directes avec les caisses de régime obligatoire (CPAM, RSI, MGEN...)