



2022 - SENIORS

Barème de prestations

R.O

Sécurité

Tranquillité

Sérénité

Remboursement RO + Mutuelle

HOSPITALISATION (chirurgie, maison de repos)

Frais de structure et de soins	80 % 100 %	100 % Br	100 % Br	100 % Br
Honoraires (y compris 24 € sur acte > 120€) OPTAM ^{(1) (2)}	80 % 100 %	150 % Br	175 % Br	200 % Br
Honoraires (y compris 24 € sur acte > 120€) NON OPTAM ^{(1) (2)}	80 % 100 %	130 % Br	155 % Br	180 % Br
Forfait journalier	-	illimité	illimité	illimité
Chambre particulière ⁽³⁾	-	40 € / jour	60 € / jour	70 € / jour

SOINS COURANTS

Consultation / visite généraliste, spécialiste OPTAM ⁽¹⁾	70 %	100 % Br	135 % Br	170 % Br
Consultation / visite généraliste, spécialiste NON OPTAM ⁽¹⁾	70 %	100 % Br	115 % Br	150 % Br
Actes de chirurgie, d'anesthésie, actes techniques, imagerie OPTAM ⁽¹⁾	70 %	100 % Br	135 % Br	170 % Br
Actes de chirurgie, d'anesthésie, actes techniques, imagerie NON OPTAM ⁽¹⁾	70 %	100 % Br	115 % Br	150 % Br
Franchise 24 € pour acte > 120 €	-	oui	oui	oui
Biologie (y compris acte de prévention* : dépistage Hépatite B / Auxiliaires médicaux	60 %	100 % Br	135 % Br	170 % Br
Transport	65 %	100 % Br	100 % Br	100 % Br
Pharmacie (vignettes : blanches, bleues, orange)	15 % 35 % 65 %	100 % Br	100 % Br	100 % Br
Pharmacie non remboursable sur prescription médicale (inscrite au Vidal)	-	90 € / an	90 € / an	90 € / an
Orthopédie / petits et gros appareillages	60 %	225 % Br	250 % Br	300 % Br

AIDES AUDITIVES ⁽⁸⁾

Équipements 100% Santé* Classe I par oreille



Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé

Prothèses auditives Classe II par oreille remboursée par le r o	60 % 100 %	200 % Br	225 % Br	275 % Br
Accessoires (piles...)	60 %	100 % Br	100 % Br	100 % Br

DENTAIRE ⁽⁴⁾

Soins & Prothèses Dentaires 100% Santé*



Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé

Soins dentaires à prix modéré ou à prix libre	70 %	100 % Br	135 % Br	170 % Br
Prothèse dentaire visibles remboursée par le r o	70 %	200 % Br	275 % Br	350 % Br
Prothèse dentaire non visibles remboursée par le r o	70 %	150 % Br	225 % Br	225 % Br
Inlay Core	70 %	150 % Br	225 % Br	225 % Br
Prothèse transitoire	70 %	100 % Br	125 % Br	175 % Br
Implant dentaire non remboursé par le r o (hors appareil implantaire) ⁽⁶⁾	-	200 € / an	300 € / an	400 € / an

OPTIQUE ⁽⁵⁾

Équipements 100% Santé* Classe A



Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé

Forfait équipements Classe B ou lentilles :				
Monture + 2 verres simples	60 %	200 €	275 €	350 €
Niveau 2 : monture + 1 verre simple et 1 verre complexe	60 %	200 €	275 €	350 €
Niveau 3 : monture + 1 verre simple et 1 verre ultra-complexe	60 %	200 €	275 €	350 €
Niveau 4 : monture + 2 verres complexes	60 %	200 €	275 €	350 €
Niveau 5 : monture + 1 verre complexe et 1 verre ultra-complexe	60 %	200 €	275 €	350 €
Niveau 6 : monture + 2 verres ultra-complexes	60 %	200 €	275 €	350 €
Chirurgie réfractive	-	150 € / œil	200 € / œil	250 € / œil

PRÉVENTION ET AUTRES SOINS

Acte de prévention : détartrage annuel complet, vaccins remboursés** par le r o ostéodensitométrie remboursée, dépistage des troubles de l'audition, dépistage Hépatites B	70 %	100 % Br	100 % Br	100 % Br
Vaccins non remboursés	-	11 € / an	14 € / an	17 € / an
Substituts Nicotiniques	-	50 € / an	50 € / an	50 € / an
Ostéodensitométrie non remboursée par le R O	-	20 € / acte	30 € / acte	40 € / acte
Pack médecine douce ⁽⁷⁾ : ostéopathe, chiropracteur, étiope, diététicien, acupuncteur, naturopathe, sophrologue, réflexologue, kinésiothérapeute, homéopathe, frais de pédicure	-	20 € / séance	30 € / séance	40 € / séance
Cure thermale remboursée par le RO Forfait global : honoraires, traitement thermal, hébergement, transport (sur présentation des justificatifs des frais réels)	65 %	100 % + 200 €	100 % + 250 €	100 % + 300 €

ASSISTANCE***

Assistance d'urgence à domicile	-	OUI	OUI	OUI
---------------------------------	---	-----	-----	-----

PLANCHERS ET PLAFONDS DE PRISE EN CHARGE PAR ÉQUIPEMENT (VERRES ET MONTURE)

MINIMUM		MAXIMUM
- 2 verres simples	50 €	420 € dont 100 € au maximum pour la monture
- 1 verres simple + 1 verre complexe	125 €	560 € dont 100 € au maximum pour la monture
- 1 verre simple + 1 verre très complexe	125 €	610 € dont 100 € au maximum pour la monture
- 2 verres complexes	200 €	700 € dont 100 € au maximum pour la monture
- 1 verre complexe + 1 verre très complexe	200 €	750 € dont 100 € au maximum pour la monture
- 2 verres très complexes	200 €	800 € dont 100 € au maximum pour la monture

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Les garanties incluent le remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire (AMO). 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 respecte la législation sur le parcours de soins et la législation des contrats responsables (article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale complété par le paragraphe II et III). Il ne prend pas en charge la participation de 1 € sur les consultations, la franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical, et 2 € par transport.

(1) Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale sont pris en charge, dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité (125% pour 2015 et 2016) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

(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) Chambre particulière en chirurgie uniquement : 30 jours / an en option sécurité, tranquillité, sérénité ; valable également en maison de repos ou de convalescence consécutivement à une hospitalisation chirurgicale.

(4) Prothèses Dentaires remboursées + non remboursées par le ro (hors TM) : limitées par bénéficiaire à 750 € /an en Sécurité, 1350 € /an en Tranquillité, 1900 € /an en Sérénité. Après 2 années de présence, bonus fidélité limité à 1250 € /an en sécurité, 1850 € /an en tranquillité, 2400 € /an en sérénité.

(5) Pour les seuls bénéficiaires âgés de 16 ans et plus, le remboursement est limité à un équipement (une monture et deux verres ou lentilles) tous les deux ans, forfait monture et verres de classe B ou lentilles : par bénéficiaire à 200 € en Sécurité, 275 € en Tranquillité, 350 € en Sérénité, sauf modification de la correction visuelle (période de un an). Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. L'appréciation des périodes se fait de date à date à compter de l'achat du dernier équipement optique. Le remboursement de la monture ne peut excéder 100 € (inclus dans les plafonds limites). Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Toute modification du taux de remboursements de la Sécurité sociale sur l'équipement optique est susceptible d'entraîner une modification de la garantie optique afin de respecter les plafonds prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(6) Pour les implants, après 2 années de présence dans l'option Bonus fidélité limité à 400 € /an en Sécurité, 600 € /an en Tranquillité, 800 € /an en Sérénité maximum par bénéficiaire.

(7) Pack médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, diététicien, acupuncteur, naturopathe, sophrologue, réflexologue, kinésologue, homéopathe (préparations non remboursées), frais de pédicure : 6 séances par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues.

(8) Aides auditives Classe II remboursement RO + Mutuelle plafonnées à 1700 € par oreille, remboursement tous les 4 ans.

Lexique : RO= régime obligatoire - REC = reconstruite - BR = Base de remboursement de la sécurité sociale - TM = ticket modérateur (montant restant à la charge de l'assuré après le remboursement RO) OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.

*100% Santé (Tels que définis réglementairement) Optique : Le remboursement de la monture de classe A est plafonné à 30 €. Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €. Les montants sont exprimés y compris le remboursement du R.O. Les remboursements intègrent la prestation d'appareillage et les suppléments pour verres avec filtres à hauteur du ticket modérateur. La date pour le renouvellement est celle de la dernière acquisition. La période est ramenée à 1 an pour les mineurs de moins de 16 ans ou pour une dégradation des performances oculaires. Dentaire : dans la limite des honoraires limite de facturation. Auditif : La date pour le renouvellement est celle de la dernière acquisition pour une période de 4 ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions de la liste prévue à l'article L. 165-1.

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

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



3 garanties adaptées à vos besoins

SENIORS

SÉCURITÉ - TRANQUILLITÉ - SÉRÉNITÉ

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...)