

Grille de garanties

	économique	équilibré	complet
Hospitalisation (y compris maternité) ⁽¹⁾			
Secteur conventionné			
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens adhérents au contrat d'accès aux soins	100% BRSS	100% FR	100% FR
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens non adhérents au contrat d'accès aux soins	100% BRSS	200% BRSS****	200% BRSS****
frais de séjour, de salle d'opération	100% FR	100% FR	100% FR
chambre particulière (par jour)	1.5% PMSS par jour	5% PMSS par jour	5% PMSS par jour
Secteur non conventionné			
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens non adhérents au contrat d'accès aux soins	100% BRSS	200% BRSS****	200% BRSS****
frais de séjour, de salle d'opération	100% BRSS	70% FR	90% FR
chambre particulière (par jour)	1.5% PMSS par jour	5% PMSS par jour	5% PMSS par jour
Maisons de repos et de convalescence	100% BRSS	90% FR	100% FR
Durée maximale d'indemnisation	30 j	30 j	90 j
Forfait hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Transport du malade	100% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	20 € par jour	30 € par jour	50 € par jour
Hospitalisation à domicile	100% BRSS	250% BRSS	400% BRSS
Soins courants			
Consultations, visites généralistes et spécialistes conventionnés adhérents au contrat d'accès aux soins	100% BRSS	250% BRSS	100% FR
Consultations, visites généralistes et spécialistes conventionnés non adhérents au contrat d'accès aux soins	100% BRSS	200% BRSS****	200% BRSS****
Consultations, visites généralistes et spécialistes non conventionnés non adhérents au contrat d'accès aux soins	100% BRSS	200% BRSS****	200% BRSS****
Auxiliaires médicaux conventionnés, analyses	100% BRSS	200% BRSS	400% BRSS
Radiologie, actes techniques médicaux (réalisés par des praticiens adhérents au contrat d'accès aux soins)	100% BRSS	200% BRSS	400% BRSS
Radiologie, actes techniques médicaux (réalisés par des praticiens non adhérents au contrat d'accès aux soins)	100% BRSS	180% BRSS	200% BRSS****
Médecines naturelles : ostéopathie, acupuncture, homéopathie, chiropractie, micro kinésithérapie (par an et par bénéficiaire)	2% PMSS	6% PMSS	10% PMSS
Pharmacie			
Médicaments et homéopathies remboursés par la Sécurité sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% FR
Pilules contraceptives, traitements oestrogénostatifs, implants, contraceptifs non-remboursés par la SS (par an et par bénéficiaire)	Néant	75 €	150 €
Sevrage tabagique (par an et par bénéficiaire)	Néant	80 €	100 €
Vaccins refusés par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	30 €	80 €	150 €
Optique ⁽²⁾			
Verres	voir grille optique	voir grille optique	voir grille optique
Montures	95 €	150 €	150 €
Lentilles de contact / lentilles jetables remboursées ou non par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	4% PMSS	10% PMSS	12% PMSS
Chirurgie réfractive (par œil)	Néant	12% PMSS	25% PMSS
Dentaire ⁽³⁾			
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire ADC)	100% BRSS	250% BRSS	500% BRSS
Prothèses dentaires, inlay-cores remboursés par la Sécurité sociale - Dents visibles	130% BRSS	250% BRSS	500% BRSS
Prothèses dentaires, inlay-cores remboursés par la Sécurité sociale - Dents invisibles	100% BRSS	200% BRSS	400% BRSS
Prothèses dentaires, inlay-cores (hors inlay/onlay) non remboursés par la Sécurité sociale (par acte)	Néant	11% PMSS	25% PMSS
Inlay / Onlay : remboursés par la Sécurité sociale	130% BRSS	250% BRSS	500% BRSS
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	150% BRSS	250% BRSS	400% BRSS
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par an)	Néant	10% PMSS	24% PMSS
Parodontologie remboursée par la Sécurité Sociale	100% BRSS	250% BRSS	500% BRSS
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	Néant	6% PMSS	10% PMSS
Implantologie (prothèse sur implant et chirurgie sur implant) et supports de prothèses remboursés par la Sécurité sociale	130% BRSS	250% BRSS	500% BRSS
Implantologie (prothèse sur implant et chirurgie sur implant) et supports de prothèses non pris en charge par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	Néant	12% PMSS	30% PMSS
Spécial enfants			
Pédiatres adhérents au contrat d'accès aux soins	100% BRSS	250% BRSS	100% FR
Pédiatres non adhérents au contrat d'accès aux soins	100% BRSS	200% BRSS****	200% BRSS****
Orthophonistes, Orthoptistes	100% BRSS	200% BRSS	400% BRSS****
Consultation diagnostic en diététique (par an et par bénéficiaire de moins de 12 ans)	Néant	75 €	150 €
Autres prestations			
Appareillage d'orthopédie, appareillage, prothèse auditive	100% BRSS	250% BRSS	500% BRSS
Prothèse capillaire (remboursée par la Sécurité Sociale)	100% BRSS	250% BRSS	500% BRSS
Cures thermales acceptées par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)	5% PMSS	12,50% PMSS	20% PMSS
Allocation naissance - adoption	5% PMSS	15% PMSS	25% PMSS

Services			
Tiers payant étendu	Oui	Oui	Oui
Assistance	Oui	Oui	Oui
Conciergerie connectée	Non	Non	Oui
Actes de prévention (en application de l'article R 871-2 II du code de la Sécurité Sociale)			
Les actes de prévention prévus dans la liste fixée par arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100% du Ticket Modérateur.			
NOUVELLE GRILLE OPTIQUE	économique	équilibré	complet
VERRES SIMPLES FOYERS SPHÉRIQUES	En € par verre		
Sphère de -6,00 à +6,00	45 €	80 €	125 €
Sphère de -6,25 à -10,00 ou de +6,25 à +10,00	95 €	220 €	250 €
Sphère hors zone -10,00 + 10,00			
VERRES SIMPLES FOYERS SPHÉRO-CYLINDRIQUES	En € par verre		
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	60 €	95 €	155 €
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	125 €	300 €	300 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00			
Cylindre supérieur à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00			
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES	En € par verre		
Sphère de -4,00 à +4,00	80 €	110 €	185 €
Sphère hors zone de -4,00 à +4,00	185 €	310 €	350 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES	En € par verre		
Quelle que soit la puissance du cylindre			
Sphère de -8,00 à +8,00	80 €	125 €	220 €
Sphère hors zone de -8,00 à +8,00	250 €	350 €	350 €

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Les limites de remboursement s'entendent sous déduction des remboursements de la Sécurité Sociale, sauf pour les garanties exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale.

Bénéficiaires : Assuré, conjoint, partenaire de PACS, concubin notoire et enfants à charge.

* **BRSS** = Base de remboursement de la Sécurité Sociale. En secteur non conventionné, la base de remboursement est celle appliquée en secteur non conventionné par la Sécurité Sociale.

** **FR** : Frais Réels, correspondant à la dépense de santé réellement engagée par l'assuré.

*** **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

**** Conformément à la réglementation sur les contrats responsables, pendant la période transitoire 2015-2016, la garantie sera de 225% BRSS

(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 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.

En cas de maternité, les frais pris en charge par cette garantie sont ceux imputables aux frais d'hospitalisation liés à l'accouchement dans la limite des frais réels.

(2) Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture tous les deux ans par bénéficiaire à compter de la date d'adhésion au contrat sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue où l'équipement pourra être remboursé par période d'un an, dans cette dernière hypothèse une ordonnance sera exigée.

(3) Les remboursements «dentaires», sauf soins et implants, sont limités à 11% du PASS par année d'adhésion. En cas d'appareil dentaire comprenant des dents visibles et non visibles le remboursement sera effectué sur la base des dents visibles. Les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Compagnie.

Toutes les prestations exprimées «par an» s'entendent par année d'adhésion.

La participation de l'Assuré (ticket modérateur) aux tarifs pris en charge par l'assurance maladie de l'ensemble des dépenses de santé est couverte intégralement (Sauf pour les frais de cure thermique, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré et l'homéopathie).