

GARANTIES		PRESTATIONS <sup>(1)</sup>
<b>ACTES COURANTS</b>		
Honoraires médicaux	Consultations / visites généralistes OPTAM	150 % BR
	Consultations / visites généralistes NON OPTAM	130 % BR
	Consultations / visites spécialistes OPTAM	200 % BR
	Consultations / visites spécialistes NON OPTAM	180 % BR
	Actes techniques médicaux OPTAM	150 % BR
	Actes techniques médicaux NON OPTAM	130 % BR
Imagerie médicale / radiologie OPTAM		125 % BR
Imagerie médicale / radiologie NON OPTAM		105 % BR
Analyses médicales en laboratoire / examens		125 % BR
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)		125 % BR
Médicaments (pharmacie prescrite et prise en charge)		100 % BR
Matériel médical	Orthopédie	100 % BR + 300 €
	Prothèses (mammaires, capillaires, oculaires)	100 % BR + 300 €
	Grand appareillage	100 % BR + 300 €
Transport		100 % BR
<b>HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale, maternité)</b>		
Soins et frais de séjour hospitaliers		100 % BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux OPTAM CO		200 % BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux NON OPTAM CO		180 % BR
Forfait hospitalier journalier, forfait actes lourds		100 % FR
Chambre particulière (par jour)		60 €
Chambre ambulatoire (par jour)		20 €
Frais d'accompagnement (enfant - 16 ans) (par jour)		30 €
Forfait maternité unique ou par enfant sans exclure les autres remboursements		200 €
<b>DENTAIRE <sup>(2)</sup></b>		
<b>Soins et prothèses « 100 % santé »</b> prise en charge dans la limite des HLF		<b>100 % FR</b>
Prothèses au sein du PANIER TARIFS MAITRISES		200 % BR dans la limite des HLF
Prothèses au sein du PANIER TARIFS LIBRES		300 % BR
Soins hors « 100 % santé »		125 % BR
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale ( <i>par prothèse</i> )		200 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		300 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale ( <i>par an</i> )		200 €
Parodontologie / gingivectomie non remboursée par la Sécurité sociale ( <i>par an</i> )		150 €
Implants ou Implantologie ( <i>par an</i> )		600 €
<b>AUDIOLOGIE</b>		
<b>Équipement « 100 % santé » - classe I</b> prise en charge dans la limite des PLV, à compter du 1er janvier 2021		<b>100 % FR</b>
Équipement auditif hors « 100 % santé » - classe II - PANIER TARIFS LIBRES ( <i>maxi 1 700 € par oreille, à compter du 1er janvier 2021</i> )		100 % BR + 400 €
Périodicité à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2021 ( <i>équipement auditif par oreille</i> )		1 fois tous les 4 ans par bénéficiaire
Petits accessoires auditifs (piles..) ou forfait entretien		100 % BR

<sup>(1)</sup> Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale.

## AUTRES PRESTATIONS

Cure thermale acceptée (par an) <sup>(3)</sup>	100 % BR + 200 €
Médecine non conventionnelle (acupuncture, chiropractie, étiopathie, mésothérapie, micro-kinésithérapie, ostéopathie, réflexologie, diététique, homéopathie non remboursable, psychologues) (par an) <sup>(4)</sup>	125 €
Vaccins antigrippal, vaccins pris en charge, contraception sur prescription	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée (par an)	50 €
Auto médication (par an)	20 €
Substituts nicotiniques (par an)	150 €
Amniocentèse non prise en charge (par acte)	30 €
Actes de prévention (selon la liste définie)	100 % BR
Assistance à domicile	Oui

## OPTIQUE

<b>Équipement « 100 % santé » - classe A</b> prise en charge dans la limite des PLV	<b>100 % FR</b>
Frais d'optique autres – classe B – PANIER TARIFS LIBRES	
> Monture + 2 verres simples	250 €
> Monture + un verre simple et un verre complexe	375 €
> Monture + un verre simple et un verre très complexe	500 €
> Monture + 2 verres complexes	313 €
> Monture + un verre complexe et un verre très complexe	500 €
> Monture + 2 verres très complexes	500 €
Dont remboursement pour la monture	100 € maximum
Périodicité (monture et verres)	<b>1 fois tous les 2 ans</b> par bénéficiaire sauf en cas de changement de correction et enfant selon l'âge*
Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)	200 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité Sociale y compris jetables (par an / par bénéficiaire)	150 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	300 €

\* sauf cas de renouvellements anticipés autorisés dont évolution de la vue (changement de dioptrie de 0,25 par œil ou 0,50 pour les deux yeux), par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

**En optique « classe B »** : les frais d'adaptation et d'appairage sont pris en charge conformément aux termes des contrats responsables, à savoir à hauteur du Ticket Modérateur.

## GRILLE OPTIQUE

	VALEUR DE LA SPHERE (décret du 11 janvier 2019)
Verres simples	<b>verres unifocaux</b> : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindrique > 0 dont Σ S (sphère+cylindre) ≤ 6
Verres complexes	<b>verres unifocaux</b> : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindrique < -6 et cylindre ≥ 0,25 ; sphéro-cylindrique > 0 dont Σ S (sphère+cylindre) ≥ 6  <b>verres multifocaux ou progressifs</b> : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindrique > 0 dont Σ S (sphère+cylindre) ≤ 8
Verres très complexes	<b>verres multifocaux ou progressifs</b> : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindrique de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindrique < -8 et cylindre ≥ 0,25 ; sphéro-cylindrique > 0 dont Σ S (sphère+cylindre) > 8

## Taux de cotisation

Adulte	<b>1,89 % PMSS</b>
Enfant (gratuit à compter du 3 <sup>ème</sup> enfant)	<b>1,30 % PMSS</b>

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale de 3 428 € au 1<sup>er</sup> janvier 2021

BR : Base de Remboursement – BRR : Base de Remboursement Reconstituée – FR : Frais Réels – TM : Ticket Modérateur – OPTAM / OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Chirurgien et Obstétricien – PLV : Prix Limite de Vente – HLF : Honoraire Limite de Facturation.

« 100 % santé » : équipements et frais tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale.

La proposition de couverture santé respecte les obligations réglementaires en matière de contrat responsable.

<sup>(2)</sup> Pour les frais dentaires « NPC », les garanties pourront être ré-exprimées forfaitairement de manière équivalente en fonction de la CCAM dentaire entrée en vigueur.

<sup>(3)</sup> Dans la limite des frais réels engagés et sur présentation de justificatifs.

<sup>(4)</sup> Praticiens reconnus par les annuaires professionnels de santé.