

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau de garanties annexé.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ce produit est un contrat d'assurance complémentaire santé individuelle. Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément du régime de base (Sécurité sociale ou Mutualité Sociale Agricole). Le présent dispositif respecte les conditions légales des contrats responsables, de la réforme 100% santé, en matière de remboursements complémentaires de frais de soins de Santé. Le présent dispositif respecte les conditions légales des contrats responsables, de la réforme.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties annexé. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

LES GARANTIES PREVUES AU CONTRAT

✓ Hospitalisation :

Frais de séjour, Honoraires, dépassement d'honoraires, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences, chambre particulière, frais d'accompagnement.

✓ Soins courants :

Honoraires médicaux, dépassement honoraires généralistes et spécialistes, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, radiologie, médicaments, matériel médical (hors dentaire et auditif), actes de prévention, médecines douces.

✓ Aide auditive :

Équipement 100% santé (classe I), autres équipements (classe II)

✓ Optique :

Équipement 100% santé (classe A), autres équipements (classe B), lentilles remboursées ou non par le régime de base, chirurgie de l'œil.

✓ Dentaire :

Soins et prothèses 100% santé, soins et prothèses hors 100% santé, prothèses dentaires non remboursées par le régime de base, orthodontie remboursée ou non par le régime de base, parodontologie non remboursée par le régime de base.

✓ Divers :

Cures thermales, prime de naissance ou d'adoption, transport remboursé par le régime de base.

Les services : (voir tableau de garanties)

Réseau de soins

Assistance



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux : maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions du contrat responsable :

- ! **Participation forfaitaire de 1€** sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale
- ! **Franchise de 0.50€** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux
- ! **Franchise de 2€** sur les transports sanitaires
- ! **Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins** (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant / absence de médecin traitant)

Principales restrictions du contrat responsable :

- ! **Optique** : Prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans, à partir de la date de facturation de l'équipement. Cette période est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018.
- ! **Honoraires médicaux** : Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! **Aides auditives** : Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente.
- ! **Autres restrictions prévues au contrat :**
- ! **Médecine douce** : limite à 2 séances par an et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert(e) ?

- Les assurés sont couverts en France.
- Ils sont également couverts à l'étranger. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement complémentaire est effectué dès lors que le régime de base de la Sécurité sociale française intervient, quelle que soit la dépense engagée.
- L'assistance est accordée en France et à l'étranger (hors clauses particulières au contrat).



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle

- A la souscription du contrat :

Remplir avec exactitude et signer le Bulletin de souscription.

Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.

- En cours de contrat :

Informez l'assureur de tout changement concernant les informations communiquées au moment de la souscription, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'assuré en a eu connaissance.

Régler la cotisation prévue au contrat.

- Pour le remboursement des frais de santé :

Fournir tout document justificatif nécessaire au remboursement des frais de santé.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables suivant les modalités prévues au contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date mentionnée au certificat d'adhésion. Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année civile sauf résiliation par l'assuré dans les cas et conditions prévus au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation du contrat s'effectue par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un recommandé électronique, avec accusé de réception, au moins deux mois avant sa date d'échéance annuelle.

L'assuré peut mettre fin au contrat en cas de révision des cotisations ou des garanties, en adressant à l'assureur une lettre recommandée ou un recommandé électronique dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.


TABLEAU DES PRESTATIONS SANTÉ HORS ALSACE-MOSELLE, EN VIGUEUR À COMPTER DU 1^{er} JANVIER 2022

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
SOINS COURANTS			
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires médicaux (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation) 	70 % BR	30 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires paramédicaux 	60 % BR	40 % BR	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> • Analyses et examens de laboratoire 	60 % à 100 % BR	40 % à 0 % BR	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> • Radiographie 	70 % BR	30 % BR	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments 	15 % à 65 % BR	85 % BR à 35 %	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> • Matériel médical 			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100 % FR - 60 % BR	100 % FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	60 % BR à 100 % BR	240 % BR	300 % BR à 340 % BR
<ul style="list-style-type: none"> • Actes de prévention⁽²⁾ 	35 % à 70 % BR	de 65 % BR à 30 % BR	100 % BR
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie) 	-	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
OPTIQUE			
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾			
<ul style="list-style-type: none"> • Équipements 100 % Santé (Classe A)⁽⁴⁾ 			
- Monture	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
- Verres	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
<ul style="list-style-type: none"> • Autres équipements (Classe B) 			
- Monture	60 % BR	100 € - 60 % BR	100 €
- Verres unifocaux simples ⁽⁵⁾	60% BR	90 €/verre - 60 % BR	90 €/verre
- Verres unifocaux complexes ⁽⁵⁾	60% BR	130 €/verre - 60 % BR	130 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs complexes ⁽⁵⁾	60% BR	135 €/verre - 60 % BR	135 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs très complexes ⁽⁵⁾	60% BR	150 €/verre - 60 % BR	150 €/verre
<ul style="list-style-type: none"> • Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre⁽⁴⁾ 	60% BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
<ul style="list-style-type: none"> • Lentilles remboursées par le régime de base 	60 % BR	40 % BR +135 €/an	100 % BR + 135 €/an
<ul style="list-style-type: none"> • Lentilles non remboursées par le régime de base 	-	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base 	-	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire
DENTAIRE			
<ul style="list-style-type: none"> • Soins et prothèses 100 % Santé⁽⁴⁾ 	70% BR	Frais réels - 70 % BR	Frais réels
<ul style="list-style-type: none"> • Soins (hors 100 % Santé) 	70 % BR	100 % BR	170 % BR
<ul style="list-style-type: none"> • Inlay Onlay (hors 100 % Santé)⁽⁴⁾ 	70% BR	200 % BR	270 % BR
<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses (hors 100 % Santé) 			
- Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core ⁽⁶⁾	70% BR	250 % BR	320 % BR
- Inlay core ⁽⁶⁾	70% BR	180 % BR	250 % BR
<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors inlays core) 	-	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> • Parodontologie non remboursée par le régime de base 	-	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> • Orthodontie prise en charge par le régime de base 	70 % BR ou 100 % BR	230 % BR	300 % BR ou 330 % BR
<ul style="list-style-type: none"> • Orthodontie non prise en charge par le régime de base 	-	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES			
<ul style="list-style-type: none"> • Équipements 100 % Santé (Classe I)^{(4) (7)} 	60% BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
<ul style="list-style-type: none"> • Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II)⁽⁷⁾ jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité 	60 % BR	1 700€ - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
<ul style="list-style-type: none"> • Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II)⁽⁷⁾ à partir de 21 ans 	60 % BR	1 700€ - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
<ul style="list-style-type: none"> • Piles et accessoires 	60 % BR	40 % BR	100 % BR

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
HOSPITALISATION			
• Frais de séjour	80 % BR	20 % BR	100 % BR
• Honoraires	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Participation du patient⁽⁸⁾	-	Frais réels	Frais réels
• Chambre particulière (y compris ambulatoire)	-	50 €/jour	50 €/jour
• Frais d'accompagnant	-	25 €/jour	25 €/jour
• Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
• Forfait patient urgences⁽¹⁰⁾	-	Frais réels	Frais réels
MATERNITÉ			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Prime de naissance : maternité ou adoption⁽⁹⁾	-	250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})	250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})
• Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
• Forfait patient urgences⁽¹⁰⁾	-	Frais réels	Frais réels
PSYCHIATRIE			
• Frais de séjour	80 % BR	20 % BR	100 % BR
• Honoraires	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
• Forfait patient urgences⁽¹⁰⁾	-	Frais réels	Frais réels
DIVERS			
• Transport pris en charge par le régime de base	65 % BR	35 % BR	100 % BR
• Pharmacie prescrite et non remboursée par le régime de base : médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiques	-	100€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
• Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base	-	Crédit 40 €/an/bénéficiaire	Crédit 40 €/an/bénéficiaire
• Assistance	-	OUI	OUI
• Réseau de soins	-	OUI	OUI

FR : frais réels BR : base de remboursement de la Sécurité sociale.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-CO).

(2) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat.

(3) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévu par cet arrêté.

(4) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100 % santé. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(5) verres unifocaux simples de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries

verres unifocaux complexes de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

verres multifocaux ou progressifs complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

verres multifocaux ou progressifs très complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

(6) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses et soins hors 100 % Santé (prothèses à honoraires maîtrisés) entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur dès lors qu'ils ont pris effet.

(7) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 €/appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

(8) Participation du patient : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (24 € en 2019). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.

(9) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

(10) Forfait patient urgences : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L. 160-13-1 du Code

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
SOINS COURANTS			
• Honoraires médicaux (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)	90 % BR	10 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Honoraires paramédicaux	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• Analyses et examens de laboratoire	90 % à 100 % BR	10 % à 0 % BR	100 % BR
• Radiographie	90 % BR	10 % BR	100 % BR
• Médicaments	15 % à 90 % BR	85 % BR à 10 % BR	100 % BR
• Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	90 % BR	100 % FR - 90 % BR	100 % FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	90 % BR à 100 % BR	210 % BR	300 % BR à 310 % BR
• Actes de prévention⁽²⁾	35% à 90 % BR	de 65 % BR à 10 % BR	100 % BR
• Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)	-	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
OPTIQUE			
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾			
• Équipements 100 % Santé (Classe A)⁽⁴⁾			
- Monture	90 % BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
- Verres	90 % BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	90 % BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• Autres équipements (Classe B)			
- Monture	90 % BR	100 € - 90 % BR	100 €
- Verres unifocaux simples ⁽⁵⁾	90% BR	90 €/verre - 90 % BR	90 €/verre
- Verres unifocaux complexes ⁽⁵⁾	90% BR	130 €/verre - 90 % BR	130 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs complexes ⁽⁵⁾	90% BR	135 €/verre - 90 % BR	135 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs très complexes ⁽⁵⁾	90% BR	150 €/verre - 90 % BR	150 €/verre
• Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre⁽⁴⁾	90% BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	10 % +135 €/an	100 % BR + 135 €/an
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire
• Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire
DENTAIRE			
• Soins et prothèses 100 % Santé⁽⁴⁾	90% BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• Soins (hors 100 % Santé)	90 % BR	80 % BR	170 % BR
• Inlay Onlay (hors 100 % Santé) ⁽⁶⁾	90% BR	180 % BR	270 % BR
• Prothèses (hors 100 % Santé)			
- Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core ⁽⁶⁾	90% BR	230 % BR	320 % BR
- Inlay core ⁽⁶⁾	90% BR	160 % BR	250 % BR
• Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors inlays core)	-	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
• Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire
• Orthodontie prise en charge par le régime de base	90 % BR ou 100 % BR	230 % BR	320 % BR ou 330 % BR
• Orthodontie non prise en charge par le régime de base	-	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES			
• Équipements 100 % Santé (Classe I)^{(4) (7)}	90% BR	Frais réels - 90 % BR	Frais réels
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II)⁽⁷⁾ jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90 % BR	1700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II)⁽⁷⁾ à partir de 21 ans	90 % BR	1700 € - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Piles et accessoires	90 % BR	10 % BR	100 % BR

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
HOSPITALISATION			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Participation du patient ⁽⁸⁾	100% FR	-	Frais réels
• Chambre particulière (y compris ambulatoire)	-	50 €/jour	50 €/jour
• Frais d'accompagnant	-	25 €/jour	25 €/jour
• Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	Frais réels
• Forfait patient urgences ⁽¹⁰⁾	100 % FR	-	Frais réels
MATERNITÉ			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Prime de naissance : maternité ou adoption ⁽⁹⁾	-	250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})	250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})
• Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	Frais réels
• Forfait patient urgences ⁽¹⁰⁾	100 % FR	-	Frais réels
PSYCHIATRIE			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	Frais réels
• Forfait patient urgences ⁽¹⁰⁾	100 % FR	-	Frais réels
DIVERS			
• Transport pris en charge par le régime de base	100 % BR	-	100 % BR
• Pharmacie prescrite et non remboursée par le régime de base : médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
• Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base	-	Crédit 40 €/an/bénéficiaire	Crédit 40 €/an/bénéficiaire
• Assistance	-	OUI	OUI
• Réseau de soins	-	OUI	OUI

FR : frais réels BR : base de remboursement de la Sécurité sociale.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-CO).

(2) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat.

(3) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévu par cet arrêté.

(4) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100 % santé. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(5) Verres unifocaux simples de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries

Verres unifocaux complexes de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

Verres multifocaux ou progressifs complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

Verres multifocaux ou progressifs très complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

(6) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses et soins hors 100 % Santé (prothèses à honoraires maîtrisés) entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur dès lors qu'ils ont pris effet.

(7) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 €/appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

(8) Participation du patient : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (24 € en 2019). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.

(9) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

(10) Forfait patient urgences : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L.160-13-1 du Code de la Sécurité sociale.