



GARANTIES SANTÉ (1/2)

G3

HOSPITALISATION (y compris maternité) ⁽¹⁾		
Secteur conventionné		
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens adhérents à l'OPTAM		100% FR
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens non adhérents à l'OPTAM		200% BRSS
Frais de séjour, de salle d'opération		100% FR
Secteur non conventionné		
Honoraires chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) réalisés par des praticiens non adhérents à l'OPTAM		200% BRSS
Frais de séjour, de salle d'opération		70% FR
Chambre particulière		5% PMSS
Maisons de repos et de convalescence limitée à 30 jours. Au-delà de cette limite prise en charge à 100% BRSS		90% FR
Forfait hospitalier		100% FR
Transport du malade		200% BRSS
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)		30 € / jour
Hospitalisation à domicile limitée à 90 jrs. Au-delà de cette limite prise en charge à 100% BRSS		250% BRSS
Frais de séjour en établissement psychiatrique ou assimilé limités à 30 jours. Au-delà de cette limite prise en charge à 100% BRSS		250% BRSS
SOINS COURANTS		
Consultations, visites généralistes, spécialistes conventionnés adhérents à l'OPTAM		200% BRSS
Consultations, visites généralistes, spécialistes conventionnés non adhérents à l'OPTAM		180% BRSS
Consultations, visites généralistes et spécialistes non conventionnés		180% BRSS
Auxiliaires médicaux conventionnés, analyses		200% BRSS
Radiologie, actes techniques médicaux (réalisés par des praticiens adhérents à l'OPTAM)		200% BRSS
Radiologie, actes techniques médicaux (réalisés par des praticiens non adhérents à l'OPTAM)		180% BRSS
Médecines naturelles : ostéopathie, acupuncture, homéopathie, chiropractie, micro kinésithérapie (par an et par bénéficiaire)		6%PMSS
PHARMACIE		
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale		100% BRSS
Pilules contraceptives, traitements oestroprogestatifs, implants, contraceptifs non-remboursés par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)		75 €
Sevrage tabagique (par an et par bénéficiaire)		80 €
Vaccins refusés par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)		80 €
OPTIQUE ⁽²⁾		
Panier 1 Classe A	Equipement 100% Monture / Verre (dans la limite du PLV)	100% FR
Panier 2 Classe B	Equipement non éligible au 100% santé Monture	100 €
	Verre de Type B ou C	Optique (2)
Prestations adaptation correction visuelle		100% BRSS
Lentilles de contact / lentilles jetables remboursées par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)		10% PMSS
Lentilles de contact / lentilles jetables non remboursées par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)		10% PMSS
Chirurgie réfractive (par œil)		12% PMSS
AIDES AUDITIVES (4)		
Classe I	Equipements éligibles au 100% santé tel que définis réglementairement dans la limite du PLV	100% FR
Classe II	Equipements non éligibles au 100% santé tel que définis réglementairement et dans la limite de 1700€ par aide auditive	250% BRSS
SPECIAL ENFANT		
Pédiatres adhérents au contrat d'accès aux soins		250% BRSS
Pédiatres non adhérents au contrat d'accès aux soins		200% BRSS
Orthophonistes, Orthoptistes		200% BRSS
Consultation diagnostic en diététique (par an et par bénéficiaire de moins de 12 ans)		75 €
Allocation naissance* - adoption l'(les)enfant(s) doit(vent) être assuré(s) dans les 3 mois suivant l'évènement pour prétendre à ce forfait		15%PMSS
SERVICES		
Tiers payant étendu. Services associés à la plateforme santé. Assistance.		OUI
Allocation obsèques		100% du PMSS
AUTRES PRESTATIONS		
Appareillage d'orthopédie et appareillage dont piles et accessoires pour l'aide auditive		250% BRSS
Prothèse capillaire remboursée par la Sécurité Sociale		250% BRSS
Cures thermales acceptées par la SS (par an et par bénéficiaire)		12,5% PMSS

GARANTIES SANTÉ SUITE (2/2)

G3

DENTAIRE ⁽³⁾

Panier 1	Soins et prothèses dentaires 100% santé limité aux HLF	100% FR
Panier 2* et 3**	Prothèse dentaire fixe	250% BRSS
	Inlay-Core	250% BRSS
	Inlay-Onlay	250% BRSS
Soins dentaires y compris chirurgie dentaire et parodontologie pris en charge par la sécurité sociale		250% BRSS
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale		250% BRSS
Implantologie prise en charge par la sécurité sociale		300% BRSS
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)		10% PMSS
Parodontologie non remboursée par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)		6% PMSS
Prothèse dentaire non remboursée par la Sécurité Sociale (par acte)		11% PMSS
Inlay-core non pris en charge par la Sécurité Sociale (par acte)		11% PMSS
Implantologie non prise en charge par la Sécurité Sociale (par an et par bénéficiaire)		12% PMSS
Cumul annuel des remboursements dentaires (**) (par an et par bénéficiaire)		11% PASS

(*) Pour le panier 2: limité à l'HLF (Honoraire limite de Facturation) en vigueur à la date du soin

(**) Cumul ne comprenant pas les soins dentaires, ni les équipements et soins prothétiques du panier 1, ni les implants. Une fois ce plafond atteint, la prise en charge des soins et équipements prothétiques des paniers 2 et 3 ainsi que des actes d'orthodontie remboursés par la Sécurité Sociale est de 125%.BR

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.

GRILLE OPTIQUE ⁽²⁾

G3

VERRE UNIFOCAL SPHERIQUE

Sphère de -6,00 à +6,00	80 €
Sphère hors zone de -6,00 à +6,00	220 €

VERRE UNIFOCAL SPHERO-CYLINDRIQUE

Sphère ≤ 0 (cas de myopie)	
Cylindre ≤ à +4,00, sphère de -6,00 à 0	95 €
Cylindre ≤ à +4,00, sphère < à -6,00	
Cylindre > à +4,00, sphère de -6,00 à 0	300 €
Cylindre > à +4,00, sphère < à -6,00	
Sphère > 0 (cas d'hypermétropie)	
Somme sphère+cylindre ≤ à +6,00	95 €
Somme sphère+cylindre > à +6,00	300 €

VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERIQUE

Sphère de -4,00 à +4,00	110 €
Sphère hors zone de -4,00 à +4,00	310 €

VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERO-CYLINDRIQUE

Sphère ≤ 0 (cas de myopie)	
Cylindre ≤ à +4,00, sphère de -8,00 à 0	125 €
Cylindre ≤ à +4,00, sphère < à -8,00	350 €
Cylindre > à +4,00, sphère de -8,00 à 0	350 €
Cylindre > à +4,00, sphère < à -8,00	350 €
Sphère > 0 (cas d'hypermétropie)	
Somme sphère+ cylindre ≤ à +8,00	125 €
Somme sphère+ cylindre > à +8,00	350 €

COMPLEMENTAIRE SANTE : 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. Les prestations exprimées par an s'entendent par année civile.

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

* une seule allocation naissance est accordée pour le même enfant.

SURCOMPLEMENTAIRE SANTE : Les limites de remboursement s'entendent sous déduction des remboursements de la Sécurité Sociale et des remboursements de votre garantie sociale, y compris les garanties exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale.

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. OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

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

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. PASS : Plafond annuel sécurité sociale.

PLV : Prix Limite de Vente. HLF : Honoraire limite de facturation

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 2 ans suivant la date de facturation de l'équipement précédent par bénéficiaire pour les adultes et les mineurs de 16 ans et plus. Cette durée est portée à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de dégradation de la vue dans des conditions fixées par la nomenclature. De même la prise en charge des verres et de la monture pourra être renouvelée sans délai dans certaines situations médicales particulières (glaucome DMLA)

(3) Les remboursements "dentaires", sauf soins et implants, sont limités à 11% du PASS par exercice civil. En cas d'appareil dentaire comprenant des dents visibles et non 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 exercice civil. La participation (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 a été classé faible ou modéré et l'homéopathie).

(4) Conformément à la réglementation en vigueur, le renouvellement de l'équipement sera possible à l'échéance d'une période de 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente et de la nouvelle.