

TABLEAU DES GARANTIES

HOSPITALISATION

HOSPITALISATION	100	125	150	200	250	300	400
Honoraires des médecins ayant adhéré au DPTAM n'ayant pas adhéré au DPTAM	100% 100%	125%(1) 105%(1)	150%(1) 130%(1)	200%(1) 180%(1)	250%(1) 200%(1)	300%(1) 200%(1)	400%(1) 200%(1)
Frais de séjour en établissement conventionné	Frais réels						
en établissement non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier	Frais réels						
Chambre particulière (y compris ambulatoire) non remboursée par la Sécurité sociale	30€/jour	40€/jour limitée à 45 jours/an/bénéficiaire en séjours spécialisés	50€/jour	60€/jour	70€/jour	80€/jour	90€/jour
Lit accompagnant , enfant ou adulte, non remboursé par la Sécurité sociale (dans la limite de 15 jours/an/bénéficiaire)	10€/jour	15€/jour	15€/jour	20€/jour	20€/jour	25€/jour	25€/jour
Hospitalisation à domicile (HAD)	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
TRANSPORT SANITAIRE							
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%

SOINS COURANTS

	100	125	150	200	250	300	400
Honoraires médicaux : Consultations, actes (radio, petite chirurgie) et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré au DPTAM n'ayant pas adhéré au DPTAM	100% 100%	125% (2) 105% (2)	150% (2) 130% (2)	200% (2) 180% (2)	250% (2) 200% (2)	300% (2) 200% (2)	400% (2) 200% (2)
Analyse et examens de laboratoire : biologie, analyse médicale	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
Honoraires paramédicaux : Auxiliaires médicaux (infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
Médicaments remboursés par le régime obligatoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical : Appareillages ou prothèses (hors lunettes et aides auditives) tels que définis sur la liste des produits et prestations remboursables de la Sécurité sociale	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
Bonus Fidélité à partir de la 3^{ème} année	+15€ par an pendant 5 ans (soit un bonus maximal acquis de 75€)						
Médecine douce : (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue, étio-pathe, homéopathe, diététicien-nutritionniste, sophrologue, naturopathe) non remboursée par la Sécurité sociale	100€/an	125€/an	150€/an	175€/an	200€/an	225€/an	250€/an
Médicaments et vaccins prescrits non remboursés	+15€ par an pendant 5 ans (soit un bonus maximal acquis de 75€)						
Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) et non remboursés par la Sécurité sociale	50€/an	70€/an	90€/an	110€/an	130€/an	150€/an	170€/an

SOINS À L'ÉTRANGER

	100	125	150	200	250	300	400
Soins à l'étranger	100%	100%	150%	150%	200%	200%	200%

OPTIQUE

Jusqu'au 31/12/2019	100	125	150	200	250	300	400
Équipements (3) Forfait lunettes à deux verres simples (4) Forfait lunettes avec au moins un verre complexe ou très complexe(4)	85€ 210€	135€ 235€	185€ 260€	235€ 310€	285€ 385€	335€ 460€	385€ 560€
Bonus Fidélité chez partenaires ITELIS à partir de la 3^{ème} année	+15€ par an pendant 5 ans (soit un bonus maximal acquis de 75€)						
À partir du 01/01/2020							
Équipement 100% Santé (3) Lunettes 100% santé verres et montures de classe A, telles que définies par la réglementation	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation						
Équipement à tarifs libres (3) Forfait lunettes à 2 verres simples classe B (4) Forfait lunettes avec au moins un verre complexe ou très complexe de classe B (4) Les forfaits en euros intègrent les remboursements du régime obligatoire	85€ 210€	135€ 235€	185€ 260€	235€ 310€	285€ 385€	335€ 460€	385€ 560€
Bonus Fidélité chez partenaires ITELIS à partir de la 3^{ème} année	+15€ par an pendant 5 ans (soit un bonus maximal acquis de 75€)						
Équipement panaché (3) Dans le cas d'un panachage entre équipements 100% santé et équipements à tarifs libres (par exemple monture 100% santé + 1 verre tarif libre + 1 verre tarif 100% santé), les équipements 100% santé sont remboursés à hauteur des frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation. Le remboursement des équipements à tarifs libres est diminué de celui accordé pour les équipements 100% santé. Si la monture est à tarifs libres, son remboursement ne peut excéder 100€.							
Dès la souscription de la garantie							
Lentilles (5)	30€	50€	75€	100€	125€	150€	175€

DENTAIRE

Jusqu'au 31/12/2019	100	125	150	200	250	300	400
Prothèses Limite annuelle (6)	100%	125%	150%	200% 1 200€ 1 800€	250% 1 500€ 2 000€	300% 1 800€ 2 300€	400% 2 000€ 2 500€
	1 ^{ère} et 2 ^{ème} année 3 ^{ème} année et plus						
À partir du 01/01/2020							
Soins et prothèses 100% Santé Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à la Notice d'information pour trouver les références précises à la réglementation)	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation						
Autres prothèses (prothèses à tarifs limités et prothèses à tarifs libres) Elles incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur 2 ^{ème} prémolaires et molaires, certains bridges, certains appareils amovibles, les implants et d'autres prothèses définis comme ayant des tarifs limités ou libres par la réglementation	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
Limite annuelle (6)	1 ^{ère} et 2 ^{ème} année 3 ^{ème} année et plus						
Dès la souscription de la garantie							
Soins : consultations et soins, inlay-onlay, chirurgie, parodontologie remboursée	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
Orthodontie	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%
Bonus Fidélité à partir de la 3^{ème} année	+30€ tous les ans pendant 5 ans (soit un bonus maximal acquis de 150€)						
Prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie et implantologie non remboursées	Non pris en charge	Non pris en charge	100€/an	125€/an	150€/an	175€/an	200€/an

AIDES AUDITIVES

Jusqu'au 31/12/2020	100	125	150	200	250	300	400	
Aides auditives, prestations initiales et de suivi	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%	
À partir du 01/01/2021								
Équipement 100% Santé Aides auditives 100% Santé (classe I) (7)	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation							
Aides auditives à tarifs libres (classe II) (7) Les forfaits en euros intègrent les remboursements du régime obligatoire	Adulte (>20 ans) Enfant	400€ 1 400€	500€ 1 700€	600€ 1 700€	800€ 1 700€	1 000€ 1 700€	1 200€ 1 700€	1 600€ 1 700€
Dès la souscription de la garantie								
Réparation et piles pour appareil auditif	100%	125%	150%	200%	250%	300%	400%	

ASSISTANCE

	100	125	150	200	250	300	400
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24H	Une fois par an dans la limite de 30 heures						
Garde-enfants ou petits-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24H	Une fois par an dans la limite de 40 heures						
Garde de personne dépendante pendant une hospitalisation de plus de 24H	Une fois par an dans la limite de 20 heures						
Garde des enfants malades pendant une immobilisation de plus de 8 jours	Une fois par an dans la limite de 40 heures						
Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24H	Une fois par an dans la limite de 230€						
Soutien pédagogique suite à une immobilisation au domicile	Une fois par an dans la limite de 10 heures par semaine pendant 2 mois						
Livraison de repas suite à une hospitalisation de plus de 24H ou pendant son immobilisation	Par évènement dans la limite d'un repas par jour pendant 7 jours						
Rapatriement médical en cas d'atteinte corporelle grave	En cas de déplacement à plus de 30km du domicile						
Retour des assurés	Dans le cadre du rapatriement médical de l'Assuré, prise en charge du retour au domicile des autres assurés						

EXONÉRATION ET/OU REMBOURSEMENT DE COTISATION

	100	125	150	200	250	300	400
Si hospitalisation de plus de 9 nuits consécutives suite à un accident (réservé aux assurés non bénéficiaires de la « loi Madelin »)	garantie						

(1) Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué (en cas de reprise à la concurrence c'est le taux de l'ancien contrat qui est appliqué dans les limites prévues au tableau des prestations). Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveaux-nés. (2) Consultation psychiatrie et neuropsychiatrie limitée à 8 par an et par bénéficiaire. Au-delà seul le ticket modérateur est pris en charge. (3) La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 18 ans et plus (16 ans à partir du 01/01/2020). Elle est limitée à une paire par an pour les enfants de 17 ans et moins (15 ans à partir du 01/01/2020). La prise en charge peut-être plus fréquente en cas d'évolution de la vue ou d'inadaptation de l'équipement (se reporter à la Notice d'Information pour plus de précision sur les conditions de renouvellement). Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables. (4) Le forfait lunettes inclut le remboursement de la monture et des verres. Le remboursement de la monture ne peut pas excéder 150€ (100€ à partir du 01/01/2020), même si le forfait dépasse ce montant. (5) Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé. (6) Seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite. (7) La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans et à 1 700€ par oreille.

	CONFORT	TRANQUILLITÉ	SÉRÉNITÉ
Complément chambre particulière (y compris en ambulatoire) Les limitations de durée en séjour spécialisé restent celles des niveaux de garantie	+10€	+20€	+30€
Confort hospitalier (Wifi, TV, téléphone, frais de transport des visiteurs)	10€/jour limité à 15 jours	10€/jour limité à 20 jours	10€/jour limité à 30 jours
Opération de la myopie, de l'hypermétropie et de la presbytie par laser non remboursée par la Sécurité sociale / implants intra oculaires, traitement de la DMLA par compléments en Oméga 3	200€/an	300€/an	400€/an
Prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie et implantologie non remboursées	+200€/an	+300€/an	+400€/an
Médecine douce, médicaments et vaccins prescrits non remboursés	-	+100€/an	+200€/an
Forfait naissance et cure thermale	-	100€/an	200€/an
Activités physiques adaptées sur prescription du médecin traitant	-	-	200€/an
Analyses biologiques et radiologies non remboursées / dépistage de l'ostéoporose, du cancer du côlon et du cancer du col de l'utérus / bilan nutritionnel	-	-	200€/an

DÉFINITIONS

Jusqu'au 31/12/2019

Verres simples : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et/ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries

Verres complexes : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs

Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries (pour les adultes uniquement)

À partir du 01/01/2020

Verres simples :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

Verres complexes :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

Verres très complexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux. Ils intègrent les remboursements du régime obligatoire (les forfaits exprimés en Euro s'entendent par assuré et par année d'assurance sauf indication spécifique et ne sont pas reportables d'une année sur l'autre). Seuls les frais, qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie français, sont pris en charge (sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties).

Le total des remboursements perçu par l'Assuré ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés. Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon les clauses et conditions du contrat. Conformément à la réglementation, la participation forfaitaire, les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports, ainsi que la majoration du ticket modérateur et les dépassements autorisés d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins, ne sont pas pris en charge.