

Adhésion possible à partir de 18 ans et jusqu'à 89 ans inclus

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO). Les forfaits exprimés en euros s'entendent en complément du Régime Obligatoire d'assurance maladie, par assuré.

HOSPITALISATION	EQ1	EQ2	EQ3	EQ4	EQ5	EQ6
SECTEUR CONVENTIONNÉ						
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	100%	120%	140%	165%	190%	215%
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) ⁽²⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	120%	140%	165%	190%	215%
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	120%	140%	160%	185%	210%
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	140%	160%	180%	205%	235%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100%	100%	120%	145%	170%	195%
Frais de transport ⁽³⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ						
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

100% SANTÉ DENTAIRE

Depuis le 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**					
Soins						
Soins dentaires, Inlays-Onlays et Parodontologie remboursés par le RO ⁽⁶⁾	100 %	100%	125 %	150 %	175 %	200 %
Orthodontie remboursée par le RO	100 %	150%	175 %	200 %	225 %	250 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	125 %	175 %	200 %	225 %	275 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	150 %	200 %	225 %	250 %	300 %
Prothèses - Panier Honoraires Maîtrisés ou Libres						
Prothèses dentaires, Inlay-Core et Implantologie remboursés par le RO	100%	150 %	175 %	200 %	225 %	250 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	125 %	175 %	200 %	225 %	275 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	150 %	200 %	225 %	250 %	300 %
Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁴⁾	Illimité	800 €	1000 €	1200 €	1400 €	1600 €

100% SANTÉ OPTIQUE ⁽⁵⁾

Depuis le 1er janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Équipements 100% Santé**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**					
Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé						
Monture et verres (Équipement de la Classe B - Panier Libre)*** :						
Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100 %	100 %	100 %	125 €	150 €	175 €
Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100 %	100 %	100 %	200 €	225 €	250 €
Dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100 %	100 %	100 %	100 €	100 €	100 €
Lentilles (par an) ⁽⁶⁾	100 %	100 %	100 %	50 €	75 €	75 €

SOINS COURANTS

Médicaments	100 %	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires médicaux						
<u>Consultations et visites médicales par médecins généralistes et spécialistes :</u>						
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	125 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	105 %	105 %	105 %	105 %
<u>Actes d'imagerie et d'échographie :</u>						
Médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
Médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	105 %

SOINS COURANTS	EQ1	EQ2	EQ3	EQ4	EQ5	EQ6
Actes techniques médicaux pour les médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %
Matériel médical						
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100%	100%	100%	100%	100%	125 %
BONUS FIDÉLITÉ	À compter de la 2 ^e année d'adhésion	-	-	-	125 %	150 %
	À compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes	125 %	125 %	125 %	150 %	175 %
Prothèses orthopédiques, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	100 %	100%	100 %	125 %

100% SANTÉ AIDES AUDITIVES

À partir du 1er janvier 2021 - Réforme 100% Santé

Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé)**	Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements**					
Aides auditives de la Classe II - Panier Libre	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %

SERVICES

Tiers payant national Viamedis - Remboursement automatisés (télétransmission)	Dispense de l'avance des frais auprès des professionnels de santé
Services d'assistance IMA (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux...)	Bénéficiez de l'assistance dès la date d'effet de votre contrat santé

PACK BIEN-ÊTRE (OPTIONNEL)

Forfait Chambre particulière ⁽⁷⁾	45 € / jour
Forfait médecines naturelles (Ostéopathie, Chiropractie, Homéopathie, Acupuncteur, Naturopathe, Étio-pathie, Diététicien, Kinesithérapie, Podologue)	20 € /séance, limité à 3 séances / an

PACK BIEN-ÊTRE + (OPTIONNEL)

Forfait Chambre particulière ⁽⁷⁾	60 € / jour
Forfait frais accompagnant (Tv, lit, repas) ⁽⁷⁾	15 € / jour
Forfait pharmacie non remboursée par le RO	30 € / an
Forfait médecines naturelles (Ostéopathie, Chiropractie, Homéopathie, Acupuncteur, Naturopathe, Étio-pathie, Diététicien, Kinesithérapie, Podologue)	25€ / séance limité à 3 séances / an
Cure thermale	100% + forfait de 100 € / an
Forfait prothèses orthopédiques	75 € / an
Forfait prothèses auditives de la Classe B - Panier Libre	150 € / an

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euro. (Contrat responsable en application des dispositifs législatifs suivants (art. L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale modifié par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019) – Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 8€ ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L 322-2 du Code de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2005-1226 du 29 septembre 2005.

Sauf mention contraire, seules les prestations ayant donné lieu à un remboursement du régime obligatoire ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

(1) Le forfait journalier hospitalier ne prend pas en charge les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées, les soins effectués à des fins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cures thermales remboursées par la Sécurité Sociale) et la thalassothérapie.

(2) Limité à la hauteur de la garantie pendant une durée limitée de 10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 60 jours par an et par assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR), puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(3) Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.

(4) Au-delà du plafond dentaire, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(5) Les forfaits optiques incluent le ticket modérateur. Pour l'ensemble des formules, à l'exception des formules 1, 2 et 3, la prise en charge est limitée à un équipement optique (deux verres et une monture). La fréquence de remboursement pour un équipement est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue. La périodicité de deux ans ou d'un an est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Conformément à la réforme 100% Santé, le panier «100% santé» prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les assurés (équipements 100% Santé de classe A). Les assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€. L'assuré peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€) ou inversement.

(6) Au-delà du forfait, les lentilles est réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(7) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 30 jours. La chambre particulière et le lit accompagnant ne sont pas pris en charge dans les établissements ou services suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR).

*OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique

**Tels que définis réglementairement. Retrouvez plus de précisions sur les équipements 100% SANTÉ sur la page suivante. Le 100% SANTÉ vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

Dès le 1er janvier 2020, vous pouvez avoir accès au 100% Santé sur l'optique et une partie du panier dentaire. À partir du 1er janvier 2021, vous pouvez bénéficier du 100% SANTÉ sur les aides auditives et l'ensemble du panier dentaire.

*** Verre « simple » : il s'agit d'un verre unifocal qui corrige une myopie jusqu'à -6, une hypermétropie jusqu'à +6 ou une astigmatie entre -4 et +4

Verre « complexe » : il s'agit soit d'un verre unifocal qui corrige une myopie au-delà de -6, une hypermétropie au-delà de +6 ou une astigmatie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre multifocal ou progressif.




Verre « très complexe » : il s'agit soit d'un verre multifocal ou progressif qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -4 ou +4, soit d'un verre progressif ou multifocal qui corrige une myopie ou une hypermétropie au-delà de -8 ou +8 accompagnée d'une astigmatie.





Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge sur une sélection d'équipements en dentaire, optique et pour les aides auditives. Les paniers 100% Santé seront pris en charge intégralement par la Sécurité Sociale et la complémentaire santé. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des équipements compris dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

1er janvier 2020

1er janvier 2021

-  **Zéro reste à charge sur l'ensemble du panier optique ⁽¹⁾**
-  **Zéro reste à charge sur une partie du panier dentaire ⁽²⁾ (prothèses fixes uniquement)**
-  **Une baisse du reste à charge moyen de 250 € par aide auditive**

-  **Zéro reste à charge sur l'ensemble du panier dentaire ⁽²⁾**
-  **Zéro reste à charge sur l'ensemble du panier aides auditives ⁽³⁾**

ZOOM SUR LES PANIERS DE SOINS « 100% SANTÉ »

1 OPTIQUE - Classe A Zéro reste à charge

Verres pour tous respectant les normes européennes

Des verres (amincis, antireflet et anti-rayure) et traitant l'ensemble des troubles visuels

Prix limite de vente selon le type de verres

Montures respectant les normes européennes

Pour les adultes (17 modèles - 2 coloris)
Pour les enfants (10 modèles - 2 coloris)

Prix limite de vente des montures : 30€

ÉQUIPEMENT MIXTE :

VERRES SANS RESTE À CHARGE + MONTURE À TARIFS LIBRES
ou

MONTURE SANS RESTE À CHARGE + VERRES À TARIFS LIBRES

2 DENTAIRE - Panier 100% Santé Zéro reste à charge

Couronnes :

- Céramiques monolithiques et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1^{ère} prémolaires)
- Céramiques monolithiques zircons (incisives et canines)
- Métalliques (pour toutes les dents)

Inlay-Core et couronnes transitoires

Bridges :

- Céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives et canines)
- Full Zircon et métalliques (pour toutes les dents)

Prothèses amovibles à base de résine (à partir du 01/01/2021)

3 AIDES AUDITIVES - Classe I Zéro reste à charge

Équipements de qualité

Tous les types d'appareils sont concernés :
Contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire

Les caractéristiques :

4 ans de garantie
30 jours minimum d'essai avant achat
12 canaux de réglage

Au moins 3 des options techniques suivantes :
système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, bande passante élargie \geq 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, dispositif anti-réverbération

