

Garanties - les taux incluent le remboursement du régime obligatoire et sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Le remboursement est effectué dans la limite des frais réels engagés.	NORD	SUD	EST	OUEST
HOSPITALISATION				
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes DPTAM (2)	120%	250%	350%	450%
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes non DPTAM (2)	100%	200%	200%	200%
Frais de séjour en secteur conventionné	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE
Frais de séjour en secteur non conventionné	100%	125%	150%	200%
Forfait journalier hospitalier et Forfait Patient Urgences	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS
Chambre particulière (nuit et ambulatoire) en médecine, chirurgie et maternité : limitée à 90 jours/an/bénéficiaire (1)	30 €/jour	50 € / jour	70 € / jour	90 € / jour
Lit d'accompagnement (Hospitalisation enfant de - 12 ans ou adulte de + 70 ans) : limité à 60 jours maximum par an. (1)	-	-	15 €	35 €
MALADIE - MÉDECINE COURANTE (dont soins externes)				
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes DPTAM (2)	120%	150%	250%	300%
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes non DPTAM (2)	100%	130%	200%	200%
Radiologie DPTAM (2)	120%	150%	150%	220%
Radiologie non DPTAM (2)	100%	130%	130%	200%
Auxiliaires médicaux	100%	125%	150%	200%
Consultations psychologiques du dispositif Mon soutien psy de la Sécurité sociale (article L. 162-58 du Code de la Sécurité sociale, Décrets et Arrêtés en vigueur)	8 séances/an	8 séances/an	8 séances/an	8 séances/an
Analyses et examens de laboratoire	100%	150%	150%	200%
Transport (pris en charge par la Sécurité sociale)	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%
Orthopédie et appareillage acceptés par la Sécurité sociale	100%	150%	150%	200%
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	170%
DENTAIRE				
100% SANTÉ Prothèses dentaires "offre 100% Santé" (3)*	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF
Panier à honoraires maîtrisés et panier à honoraires libres: Soins et chirurgie (3) Prothèses dentaires (3)* et dans la limite annuelle de (9) :	100% 150% 750 €	150% 250% 1 000 €	200% 350% 1 500 €	250% 450% 2 000 €
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire	100%	200%	300%	350%
Acte hors nomenclature : implantologie, parodontologie (Forfait annuel) (1)	-	200 €	500 €	700 €
Scellement prophylactiques des puits, sillons et fissure avant 16 ans	100%	100%	100%	140%
AIDES AUDITIVES				
100% SANTÉ Audioprothèse classe 1 "offre 100% Santé" (4)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Audioprothèse classe 2 "offre libre" (4)	100%	150%	200%	300%
OPTIQUE Limité à un équipement (2 verres et 1 monture) par personne tous les 2 ans, ou tous les ans pour les enfants <16 ans ou en cas de modification de la vue comme précisé réglementairement. La période démarre avec la date de facture.				
100% SANTÉ Équipement optique - classe A complet (monture et verres) "offre 100% Santé" (5) (6)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Équipement optique - classe B complet (monture et verres) "Offre libre" (5) : Monture avec deux verres simples (a)** OU Monture avec un verre simple et un complexe (b)** OU Monture avec un verre simple et un très complexe (d)** OU Monture avec deux verres complexes (c)** OU Monture avec un verre complexe et un très complexe (e)** OU Monture avec deux verres très complexes (f)** La prise en charge de la monture dans l'équipement optique complet est limitée à :	200 € 215 € 250 € 230 € 265 € 300 € 100 €	250 € 275 € 340 € 300 € 369 € 430 € 100 €	350 € 400 € 490 € 450 € 550 € 630 € 100 €	400 € 475 € 575 € 550 € 650 € 750 € 100 €
ET Lentilles cornéennes acceptées Sécurité sociale (1)	100% + 50 €	100% + 90 €	100% + 120 €	100% + 150 €
OU Lentilles cornéennes non remboursées Sécurité sociale (1)	-	90 €	120 €	150 €
Chirurgie réfractive laser (forfait annuel par œil) (1)	-	200 €	300 €	400 €
CURE THERMALE remboursée par la Sécurité sociale				
Cure thermale acceptée	100%	100%	100%	170%
Frais de transport et hébergement (7)	100%	100%	100%	170%
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES : non remboursées par la Sécurité sociale				
Contraceptifs, vaccin, sevrage tabagiques (forfait annuel) (1) ***	40 €	50 €	75 €	100 €
Ostéopathes, chiropracteurs, sophrologues, acupuncteurs, pédicures, diététiciens, limitée à 4 séances par an (1) ***	-	20 € / séance	30 € / séance	40 € /séance
Allocation de naissance ou adoption (8)	240 €	420 €	540 €	660 €
Allocation mariage ou PACS (10)	100 €	160 €	250 €	300 €

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale
DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

FR : Frais réels
PMSS : Plafond Mensuel Sécurité sociale

HLF : Honoraires Limites de Facturation
PLV : Prix Limites de Vente

ASSISTANCE ET SERVICES	
FOR ME : Assistance vie quotidienne, juridique, sociale, administrative et psychologique. Tél : 01 41 61 23 95 de 9h à 18h du lundi au vendredi. Cellule d'écoute psychologique accessible 24h/ 24 et 7j/7	Inclus dans votre contrat
MédecinDirect: télémedecine 24h/24 et 7j/7 ou 09 74 59 51 10 ou sur medecindirect.fr et appli mobile	Inclus dans votre contrat
Asciance Retraite : 04 72 69 89 09 ou asciance-retraite.fr	Inclus dans votre contrat
Tiers payant	Inclus dans votre contrat
Compte adhérent en ligne	Inclus dans votre contrat

** voir grille optique ci-dessous

Grille optique	Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)
(a) Verres simples	(a) verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindres ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 6
(c) Verres complexes	(c) verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -6 et cylindre ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) > 6 verres multifocaux ou progressifs : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 8
(f) Verres très complexes	(f) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -8 et cylindres ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) > 8
(b) Verres a & c	
(d) Verres a & f	
(e) Verres c & f	

Prestations en vigueur à compter du 01/01/2024. Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité sociale ou en Euros. Les taux incluent le remboursement du Régime obligatoire.

*Sur présentation de la carte d'identification (ou le bon de livraison), de la déclaration de conformité *** Sur présentation de facture acquittée.

Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables. Toutes les garanties de la présente plaquette sont solidaires et responsables. Toutes les garanties de la présente plaquette, indépendamment de leur caractère solidaire et responsable, ne prennent pas en charge : la participation forfaitaire de 1€ laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin de ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale - les majorations de participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins - dès que cette réglementation entrera en vigueur, la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas au médecin l'accès à son dossier médical - les franchises médicales annuelles mentionnées au III de l'article L322.2 du code de la Sécurité sociale applicables sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires dans les conditions définies légalement notamment celles relatives aux plafonds et exonérations.

(1) : L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (1), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile.

(2) : La garantie est au minimum du ticket modérateur. Pour les médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs légaux de modération d'honoraires (DPTAM), la garantie est diminuée d'au moins 20% de la BR pour un total maximum de 200% BR.

(3) : Tels que définis réglementairement, les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite prévue des honoraires de facturation pour ce type d'acte en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Pour "Offre maîtrisée" : dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

(4) : Tels que définis réglementairement, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond réglementaire de 1700€ par oreille). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(5) : Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix limite de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Un renouvellement anticipé (sans délai) des verres est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. En cas d'équipement mixte (classe A et B), la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture "100% Santé".

(6) : Telle que définie réglementairement, cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de Classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appareillage pour des verres d'indice de réfraction différents, l'adaptation de la correction et le supplément applicable pour les verres avec filtres tels que définis au 2° alinéa de l'art L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limites de Vente). En application de l'art L165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

(7) : Le forfait intègre le remboursement mutuelle des frais de transport et d'hébergement uniquement si un remboursement sur ces actes a été effectué par le Régime obligatoire.

(8) : Sur présentation acte de naissance ou d'adoption.

(9) : Au-delà de ce plafond, et dans le respect des obligations relatives au panier de soins, les actes dentaires pris en charge par le Régime obligatoire seront remboursés à hauteur des minimums prévus au panier de soins.

(10) : Sur présentation acte de mariage ou attestation de PACS.