



GARANTIE DE BASE

Prestations en pourcentage des tarifs de convention et/ou base de remboursements du régime obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés.

VOS DÉPENSES DE SANTÉ	NIVEAU ÉCO	NIVEAU 1	NIVEAU 1+	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
	PAS DE LIMITE D' ÂGE							
FRAIS HOSPITALIER								
SECTEUR CONVENTIONNÉ								
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires chirurgicaux #	100%	100%	200%	300%	400%	500%	500%	500%
Chambre particulière (hospitalisation et maternité) #	-	-	45€/jour	60€/jour	75€/jour	85€/jour	90€/jour	95€/jour
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ								
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%	150%	200%	300%	400%
Honoraires chirurgicaux ***	100%	100%	100%	100%	150%	200%	300%	400%
Chambre particulière (hospitalisation et maternité) #	-	-	-	30€/jour	30€/jour	45€/jour	45€/jour	45€/jour
AUTRES FRAIS HOSPITALIER								
Frais d' accompagnement enfant assuré de moins de 18 ans #	-	-	15€/jour	15€/jour	20€/jour	25€/jour	30€/jour	35€/jour
Maisons de repos et assimilés	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	pendant 60j	pendant 60j	pendant 60j	pendant 60j	pendant 120j	pendant 180j		
Hospitalisation à domicile	100%	100%	100%	100%	125%	150%	200%	300%
Soins inopinés à l' étranger	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SOINS COURANTS								
Pharmacie prise en charge par le RO	30% du TC (1)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Consultations, visites en parcours de soins **	100%	100%	100%	125%	125%	150%	250%	Frais réels
Actes médicaux courants, soins externes et radiologie en parcours de soins **	100%	100%	100%	100%	125%	150%	250%	Frais réels
Auxiliaires médicaux, analyses #	100%	100%	100%	100%	125%	150%	250%	Frais réels
Appareillage (orthopédie, prothèses auditives, petit appareillage)	100%	100%	100%	100%	125%	150%	200%	300%
Transport	100%	100%	100%	100%	125%	150%	200%	300%
Prises en charges de la visite du sport pour les licenciés	-	-	-	20€	30€	40€	50€	60€
FRAIS DENTAIRES								
Soins dentaires	100%	100%	100%	100%	125%	150%	250%	400%
ORTHODONTIE ET PROTHÈSES DENTAIRES #								
Remboursées par le RO	100%	100%	125%	150%	200%	250%	350%	500%
Non remboursées par le RO (avec cotation)	-	-	-	100%	125%	200%	250%	300%
Plafond 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année	Aucun plafond	Aucun plafond	Aucun plafond	Aucun plafond	500€	600€	800€	1000€
Plafond 3 ^{ème} année et suivantes	Aucun plafond	Aucun plafond	Aucun plafond	Aucun plafond	1000€	1200€	1600€	2000€
Forfait soins dentaires non remboursés (Actes hors nomenclature): Implants dentaires et parodontologie	-	-	-	150€	200€	300€	400€	500€
FRAIS D' OPTIQUE								
Montures, verres, lentilles acceptés par le RO #	50€	50€	75€	100€	150€	200€	300€	400€
Lentilles refusées par le RO et lentilles jetables #	-	-	-	250€	400€	500€	800€	800€
Forfait traitement de la myopie	-	-	-	250€	400€	500€	800€	800€
CURES ET NAISSANCE								
Forfait cure thermale	-	-	-	75€	100€	200€	250€	300€
Forfait naissance / adoption	-	-	50€	75€	100€	200€	250€	300€

OPTIONS

Aucun délai d' attente sur les renforts.

RENFORT OPTIQUE ET DENTAIRE	PAR ANNÉE D' ADHÉSION ET PAR BÉNÉFICIAIRE							
FORFAIT OPTIQUE								
(lunettes acceptées et lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale)								
1 ^{ère} année	25€	25€	28€	28€	35€	40€	48€	63€
2 ^{ème} année	50€	50€	5€	5€	70€	80€	95€	125€
3 ^{ème} année et suivantes	100€	100€	110€	110€	140€	160€	190€	250€

FORFAIT DENTAIRE (Prothèses et orthodontie remboursées ou non remboursées par la Sécurité Sociale)									
1 ^{ère} année	40€	40€	45€	45€	55€	65€	80€	105€	
2 ^{ème} année	80€	80€	90€	90€	110€	130€	160€	210€	
3 ^{ème} année et suivantes	160€	160€	180€	180€	220€	260€	320€	420€	
Astuce Soit un remboursement supplémentaire en % du tarif de convention pour une prothèse (SPR50)									
1 ^{ère} année	35%	35%	40%	40%	50%	60%	70%	95%	
2 ^{ème} année	75%	75%	85%	85%	100%	120%	150%	195%	
3 ^{ème} année et suivantes	150%	150%	165%	165%	205%	240%	300%	390%	
FORFAIT MÉDECINE NATURELLE		PAR ANNÉE D' ADHÉSION ET PAR BÉNÉFICIAIRE							
Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Microkinésithérapie, vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale Soins du dos non remboursés par la Sécurité Sociale, (méthode de manipulation articulaire ou vertébrale pratiquée par un médecin ou un kinésithérapeute) Frais homéopathiques (sur présentation des factures des prescriptions) Un bilan allergique* par année d' adhésion et par bénéficiaire (réalisé par un médecin ou un conseiller médical en environnement intérieur) Un bilan nutritionnel* par année d' adhésion et par bénéficiaire (réalisé par un médecin ou un diététicien)		70€	70€	105€	105€	140€	175€	210€	260€

Conformément à la Loi du 13 août 2004 :

1) les visites, consultations et actes techniques d' imagerie (radiologie) réalisés par des médecins hors parcours de soins pourront donner lieu à des hausses du ticket modérateur et/ou des dépassements d' honoraires que ce contrat ne pourra rembourser.

2) Les actes de prévention définis par l' arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur, sauf pour les vaccins en niveau «Éco».

** En pourcentage du TC reconstitué.

Les forfait et plafonds de garanties figurant dans ce tableau ne sont valables qu' une fois par bénéficiaire et par année d' adhésion en cours. Ils ne peuvent donc être reportés ou cumulés d' une année sur l' autre.

COMPRENDRE:

(1) en plus du RO

= Postes soumis à limitations ou délais d' attente (cf: paragraphe 9.2 des conditions générales) (Sur demande)

RO = Régime Obligatoire

Un seul niveau doit être souscrit pour une même famille

TC = Tarif de Convention en France Métropolitaine