



GARANTIE

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 ÉQUILIBRE | NIVEAU CONFORT |
|---|---|--|--|
| | LIMITE D' ÂGE: 65 ANS | | |
| FRAIS HOSPITALIER (EN SECTEUR CONVENTIONNÉ) | | | |
| Forfait journalier | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Frais de séjour | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Honoraires chirurgicaux | 100% | 300% | 300% la 1 ^{ère} année puis 500% |
| Chambre particulière (hospitalisation et maternité) | Néant | 30€/jour | 50€/jour |
| Frais d' accompagnement enfant assuré de moins de 18 ans | Néant | 15€/jour | 25€/jour |
| Maisons de repos et assimilés | 100% pendant 60 jours | 100% pendant 120 jours | 100% pendant 180 jours |
| Hospitalisation à domicile | 100% | 100% | 150% |
| Soins inopinés à l' étranger | 100% | 100% | 100% |
| FRAIS HOSPITALIER (EN SECTEUR NON CONVENTIONNÉ) | | | |
| Forfait journalier | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Frais de séjour | 100% | 100% | 100% |
| Honoraires chirurgicaux | 100% | 100% | 100% |
| Chambre particulière (hospitalisation et maternité) | Néant | Néant | Néant |
| FRAIS MÉDICAUX | | | |
| Consultations, visites en parcours de soins | 100% | 100% | 150% |
| Actes médicaux courants, soins externes et radiologie en parcours de soins | 100% | 100% | 150% |
| Auxiliaires médicaux, analyses | 100% | 100% | 150% |
| Appareillage (orthopédie, prothèses auditives, petit appareillage) | 100% | 100% | 150% |
| Transport | 100% | 100% | 150% |
| PHARMACIE | | | |
| Prise en charge par le Régime Obligatoire | 30% (1) | 100% | 100% |
| FRAIS DENTAIRES | | | |
| Orthodontie prise en charge par le Régime Obligatoire | 100% | 150% | 200% |
| Prothèses dentaires prise en charge par le Régime Obligatoire | 100% | 100% la 1 ^{ère} année puis 175% | 150% la 1 ^{ère} année puis 300% |
| Orthodontie et prothèses dentaires non remboursées par le RO mais avec cotation | Néant | 100% | 150% |
| Plafond année 1 et 2 | Néant | Néant | 750€ |
| Plafond année suivantes | Néant | Néant | 1500€ |
| Soins dentaires | 100% | 150% | 200% |
| Forfait soins dentaires non remboursés (Actes hors nomenclatures): implants dentaires et parodontologie | Néant | 100€ | 150€ |
| FRAIS D' OPTIQUE | | | |
| Montures, verres, lentilles acceptés par le RO Lentilles refusées par le RO et lentilles jetables Lentilles Forfait traitement de la myopie | 50€ la 1 ^{ère} année puis 100€ | 100€ la 1 ^{ère} année puis 200€ | 150€ la 1 ^{ère} année puis 300€ |
| MATERNITÉ | | | |
| Forfait naissance / adoption | Néant | 50€ la 1 ^{ère} année puis 100€ | 50€ la 1 ^{ère} année puis 150€ |
| CURE THERMALE | | | |
| Forfait cure thermale | Néant | 50€ | 100€ |

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».

- Les forfaits et plafond 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 pas être reportés d' une année sur l' autre.

- Votre âge est celui que vous aurez au 31 décembre de l' année d' adhésion.

** Sous réserve de l' application des frais de gestion des prestations d' une valeur de 1.50€

COMPRENDRE:

(1): En plus du remboursement du Régime Obligatoire

RO = Régime Obligatoire

TC = Tarif de Convention en France métropolitaine.

Un seul niveau doit être souscrit pour une même famille.