



VOS DÉPENSES DE SANTÉ	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	RENFORT
	pas de limite d' age	80 ans	80 ans	80 ans	80 ans
<b>FRAIS D' HOSPITALISATION</b>					
Frais de séjour: Médecine/ Chirurgie	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Honoraires: Établissement conventionné	100% BR	125% BR	200% BR	Frais réels	
Honoraires: Établissement non conventionné	100% BR	100% BR	100% BR	200% BR	
Chambre particulière	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Lit d' accompagnement du conjoint affilié:	Néant	30€/ jour	45€/ jour	60€/ jour	+ 30€/ jour
Autres séjours	Néant	20€/ jour	20€/ jour	30€/ jour	+ 20€/ jour
Transport	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	
<b>MÉDECINE COURANTE</b>					
Honoraires des Médecins, laboratoires, radiologues, ...	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	
Soins à l' Etranger, remboursée par le Régime Obligatoire	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	
Pharmacie et homéopathie remboursée	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Vaccin anti-grippal non remboursé	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Appareillages orthopédique, prothèses auditives et capillaire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR + 75€/ an	+ 200€/ an
Médecine naturelle: honoraires des pédicures, podologues, diététiciens, ostéopathes, acupuncteurs, chiropracteur, homéopathes	100% BR ou 23€/ acte	100% BR ou 23€/ acte	125% BR ou 23€/ acte	150% BR ou 30€/ acte	+ 15€/ acte
Homéopathie non remboursée prescrite par un médecin et délivrée par un pharmacien	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Plafond de remboursement annuel pour les frais non remboursés par le Régime Obligatoire ( hors vaccin anti-grippal)	138€	138€	138€	18€	
<b>OPTIQUE ( Plafond par an et par bénéficiaire)</b>					
Montures, verres et lentilles acceptées	Néant	150€/ an (100€+50€ de bonus)	225€/an (100€+50€ de bonus)	300€/an (200€+100€ de bonus)	100€/an (50€+50€ de bonus)
Le bonus est accordé dès la première année, puis chaque année, en l' absence de remboursement optique l' année précédente					
Forfait supplémentaire Verres et lentilles «progressifs»	Néant	50€/ an	75€/ an	100€/ an	
Intervention laser correctrice de la presbytie	Néant	Néant	Néant	150€	+100€
<b>DENTAIRES</b>					
Soins dentaires	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	
Prothèses dentaires dents visibles (incisives, canines)	100% BR	250% BR	300% BR	350% BR	
Autres prothèses dentaires	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	+ 150€/ an par benciaire
Refusées par Régime Obligatoire, ( y compris prothèses hors nomenclature: inlays, implants)	Néant	100€	200€	300€	
Les prestations ci-dessus sont limitées à un plafond annuel par personne	illimité	année 1: 500€ année 2: 500€ année suiv: 700€	année 1: 500€ année 2: 800€ année suiv: 1200€	année 1:700€ année 2: 1000€ année suiv: 1500€	
<b>CURES THERMALES</b>					
Cures thermales	Néant	200€/ an	250€/ an	300€/ an	
<b>CAPITAL DÉCES EN CAS D' ACCIDENTS</b>					
Capital décès en cas d' accidents	2000€	2000€	2000€	+1000€	+1000€
<b>ASSISTANCE (AIDES MÉNAGÈRES, TV, TÉLÉPHONE)</b>					
Assistance (Aides ménagères, TV, Téléphone)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>CARTE BLANCHE ASSO</b>					

Carte blanche asso	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>(1) Forfait hospitalier (limité à 60 jours si souscription supérieure à 70 ans)</b> <b>* Limité à 400% en cas d' absence ou de refus d' entente préalable</b>					