



GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
 HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité)	
FRAIS DE SÉJOUR (établissements conventionnés ou non)	300 % de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX - ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE	300 % de la BR
CHAMBRE PARTICULIÈRE hors ambulatoire (limitée à 20 jours par année civile)	75€ par jour
CHAMBRE PARTICULIÈRE en ambulatoire (limitée à 20 jours par année civile)	25€ par jour
FORFAIT CONFORT (limité à 15 jours par année civile)	5€ par jour
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans	30€ par jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER Dans la limite de 30 jours par année civile en Etablissements et Services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques et à 60 jours par année civile en maison de repos, rééducation ou convalescence	100 % frais réels
FORFAIT ACTES LOURDS	100 % frais réels
FORFAIT PATIENT URGENCES	100 % frais réels
TRANSPORT TERRESTRE	100 % de la BR
 ASSISTANCE	
Assistance santé	oui

Garanties valides depuis le 1^{er} janvier 2024





Les garanties sont valables par bénéficiaire.

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le tarif d'autorité.

Cette garantie est soumise à un délai de carence de 3 mois, supprimé pour une hospitalisation accidentelle.

Les présentes garanties ne respectent pas les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, ses textes d'application ainsi que la réglementation du 100% Santé.

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
 HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité)	
FRAIS DE SÉJOUR (établissements conventionnés ou non)	150 % de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX - ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE	150 % de la BR
CHAMBRE PARTICULIÈRE hors ambulatoire (limitée à 20 jours par année civile)	-
CHAMBRE PARTICULIÈRE en ambulatoire (limitée à 20 jours par année civile)	-
FORFAIT CONFORT (limité à 15 jours par année civile)	-
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans	-
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER Dans la limite de 30 jours par année civile en Etablissements et Services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques et à 60 jours par année civile en maison de repos, rééducation ou convalescence	100 % frais réels
FORFAIT ACTES LOURDS	100 % frais réels
FORFAIT PATIENT URGENCES	100 % frais réels
TRANSPORT TERRESTRE	100 % de la BR
 SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS - VISITES	100 % de la BR
ACTES DE CHIRURGIE EN CABINET	100 % de la BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	100 % de la BR
RADIOLOGIE - ACTES D'IMAGERIE - D'ÉCHOGRAPHIE	100 % de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX Kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc.	100 % de la BR
MÉDICAMENTS pris en charge à 65% par la Sécurité sociale	100 % de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	100 % de la BR
 DENTAIRE	
SOINS	100 % de la BR
PROTHÈSES dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	-
 ASSISTANCE	
Assistance santé	oui






Garanties valides depuis le 1^{er} janvier 2024

Les garanties sont valables par bénéficiaire.

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le tarif d'autorité.

Les présentes garanties ne respectent pas les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, ses textes d'application ainsi que la réglementation du 100% Santé.

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
 HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité)	
FRAIS DE SÉJOUR (établissements conventionnés ou non)	150 % de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX - ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE	150 % de la BR
CHAMBRE PARTICULIÈRE hors ambulatoire (limitée à 20 jours par année civile)	40€ par jour
CHAMBRE PARTICULIÈRE en ambulatoire (limitée à 20 jours par année civile)	20€ par jour
FORFAIT CONFORT (limité à 15 jours par année civile)	-
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans	20€ par jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER Dans la limite de 30 jours par année civile en Etablissements et Services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques et à 60 jours par année civile en maison de repos, rééducation ou convalescence	100 % frais réels
FORFAIT ACTES LOURDS	100 % frais réels
FORFAIT PATIENT URGENCES	100 % frais réels
TRANSPORT TERRESTRE	100 % de la BR
 SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS - VISITES	100 % de la BR
ACTES DE CHIRURGIE EN CABINET	100 % de la BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	100 % de la BR
RADIOLOGIE - ACTES D'IMAGERIE - D'ÉCHOGRAPHIE	100 % de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX Kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc.	100 % de la BR
MÉDICAMENTS pris en charge à 65% par la Sécurité sociale	100 % de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	100 % de la BR
 DENTAIRE	
SOINS	100 % de la BR
INLAY-ONLAY	100 % de la BR
PROTHÈSES DENTAIRES prises en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR
 OPTIQUE	
Les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100 % du TM a minima. Un équipement (monture + deux verres) : pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les deux ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à un an avec possibilité d'un renouvellement anticipé*.	
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES :	
Monture + 2 verres simples	50 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe	100 €
Monture + 2 verres complexes ou hyper complexes	100 €
 ASSISTANCE	
Assistance santé	oui

Garanties valides depuis le 1^{er} janvier 2024

Les garanties sont valables par bénéficiaire.

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le tarif d'autorité.

* Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Pour l'optique, ci-après les correspondances en dioptries :

- verres simples : les verres simples foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ;
- verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieure -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs ;
- verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphérique hors zone -4 à +4.

Les présentes garanties ne respectent pas les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, ses textes d'application ainsi que la réglementation du 100% Santé.