

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
HOSPITALISATION								
Frais de séjour								
Secteur conventionné ⁽¹⁾								
Secteur non conventionné ⁽¹⁾								
Honoraires								
Professionnels de santé adhérent au OPTAM ⁽³⁾								
Professionnels de santé non adhérents au OPTAM ⁽³⁾								
Forfait journalier								
Secteur conventionné ⁽²⁾								
Secteur non conventionné ⁽²⁾								
Autres frais								
Forfait patient urgence (FPU)								
Chambre particulière par jour ⁽⁴⁾								
Frais d'accompagnement par jour (moins de 16 ans) ⁽⁴⁾								
Forfait hospi+ par an (TV, téléphone)								
Frais de transport remboursés par le RO ⁽⁵⁾								
SOINS COURANTS ⁽²⁾								
Honoraires médicaux de généralistes et spécialistes*								
Professionnels de santé adhérents au OPTAM ⁽³⁾								
Professionnels de santé non adhérents au OPTAM ⁽³⁾								
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)								
Analyses et examens de laboratoire								
Matériel médical (petits et gros appareillages remboursés par le RO)								
Soins effectués à l'étranger								
Médicaments								
Médicaments remboursés par le RO								
Médicaments prescrits non remboursés par le RO par an								
OPTIQUE⁽⁶⁾								
Équipement 100% Santé (Classe A)								
Équipement du panier "Libre" (Classe B)								
Monture et au moins 1 verre simple								
Monture et 2 verres complexes ou très complexes								
Lentilles remboursées par le RO en plus de 100% de la BR								
Chirurgie réfractive par an et pour les deux yeux⁽¹⁰⁾								
DENTAIRE⁽⁷⁾								
Soins et prothèses 100% Santé								
Soins dentaires y compris chirurgie								
Prothèses dentaires								
Équipement remboursé par le RO du panier "maîtrisé" et "libre"								
Orthodontie remboursée par le RO								
Plafond Dentaire ⁽⁸⁾								
AIDES AUDITIVES ⁽⁹⁾								
Équipement du panier 100% Santé (Classe 1) et entretien								
Équipement du panier "Libre" (Classe 2) et entretien								
PREVENTION ET BIEN-ÊTRE								
Médecines douces par an								
Cures thermales remboursées par le RO (Frais Et honoraires médicaux)⁽¹²⁾								
Cures thermales remboursées par le RO (Forfait hébergement, forfait de surveillance médicale et thermique, dépassement et transport du malade ou de l'accompagnant)⁽¹²⁾								
Actes de prévention remboursés par le RO⁽¹¹⁾								

Toutes les garanties sont exprimées en % de la Base de Remboursement (BR) et comprennent le remboursement du Régime Obligatoire

Les forfaits exprimés en euros ou en frais réels interviennent en complément de l'éventuel part du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, dans la limite du forfait défini par Assuré.

(1) Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (illimité dans les services de Médecine, Chirurgie et Obstétrique; 10 jours par an et par adhérent pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés; 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale. La chambre particulière est exclue pour les hospitalisations en services spécialisés pour alcoolisme, toxicomanie, nutrition et diététique.

(2) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, en MCO, SSR et PSY. Il n'est pas pris en charge pour les séjours en unités de soins de longue durée (USLD).

Le forfait journalier facturé par les établissements médico sociaux comme les MAS et les EPHAD n'est jamais pris en charge.

(3) OPTAM / OPTAM-CO : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM, OPAM-CO qui ont remplacé le Contrat d'Accès aux Soins CAS) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins du secteur 2, qui fixent eux-mêmes les tarifs de leurs consultations.

(4) Prise en charge limitée à 15 jours maximum par an et pour enfants de moins de 16 ans. Le lit accompagnant n'est pas pris en charge dans les établissements ou services suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées.

(5) Les frais de transport ne sont remboursés que s'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale et d'un remboursement du Régime Obligatoire.

(6) La fréquence de remboursement pour un équipement optique (1 monture + 2 verres) est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans et tous les 6 mois pour les moins de 6 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue. La périodicité de deux ans, d'un an ou de six mois est appréciée à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par le contrat. Conformément à la réforme 100% Santé, le panier «100% Santé » prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les assurés (équipements 100% Santé de classe A). Les assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€. L'Assuré peut également choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€) ou inversement.

Verres simples	Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.
Verres complexes	Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs.
Verres très complexes	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

(7) Les prothèses dentaires relevant du panier "100% Santé" font l'objet d'une prise en charge intégrale, dans la limite des prix de vente fixés par la réglementation. Les équipements et prothèses relevant des paniers "Maîtrisé" et "Libre" sont pris en charge à hauteur de la garantie choisie (et dans la limite des prix de vente fixés pour les prothèses dentaires du panier "Maîtrisé").

(8) Au-delà du plafond annuel, la garantie est réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale .

(9) Les prothèses auditives de classe 1 appartenant au panier "100% Santé" font l'objet d'une prise en charge intégrale, dans la limite des prix de vente fixés par la réglementation. Les prothèses auditives de classe 2 relevant du panier "Libre" sont prises en charge à hauteur de la garantie choisie et dans la limite de 1700 € par oreille (remboursement du régime obligatoire inclus). Dans les deux cas, la garantie est limitée à un remboursement tous les 4 ans à compter de la date de délivrance de l'équipement.

(10) Forfait valable pour les deux yeux par an et par bénéficiaire

(11) Actes de prévention pris en charge dans la limite de 2 actes par an.

(12) Les garanties souscrites pour le remboursement de la Cure thermale sont soumises à un délai de carence de 6 (six) mois. Elles sont acquises 6 (six) mois après la date d'effet du contrat sur présentation des justificatifs et dans la limite des frais engagés.

(*) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par assuré.