

VOTRE TABLEAU DE GARANTIES AU 01/01/2020

Les prestations s'entendent remboursements de l'Assurance maladie compris, sauf pour les forfaits exprimés en numéraire ou en pourcentage du PMSS ou indication expresse "Non pris en charge par l'AM".
 Les garanties Formule 1, Formule 2, Formule 3, Renfort 1 et Renfort 2 sont qualifiées de responsable conformément aux dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 II du code de la sécurité sociale modifiés par la LFSS pour 2019 et du décret du 11 janvier 2019 visant notamment à garantir un accès sans reste à charge de certains soins ou équipements en optique, dentaire et audiologie. En tout état de cause, le contrat prend en charge le ticket modérateur dans les conditions fixées par l'article R. 871-1 II du code de la sécurité sociale.
 Les garanties Formule Hospitalisation et Formule 4 ne sont pas responsable au sens des articles susvisés et fera l'objet d'un contrat distinct du régime N1 conformément aux dispositions de la Circulaire DSS du 30 janvier 2015.
 Les garanties Renfort 1 et Renfort 2 s'expriment en complément de la garantie de base choisie.
 Toutes les prestations respectent les dispositions du contrat solidaire en application de la loi du 13 août 2004 : ainsi sont exclues la participation forfaitaire, les franchises et la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

	FORMULE HOSPITALISATION	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	RENFORT 1	RENFORT 2
HOSPITALISATION (HORS MATERNITÉ)							
Hospitalisation chirurgicale et médicale (hors centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé)							
Frais de séjour	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 150 % BR	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 100 % BR	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 150 % BR	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 200 % BR	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 300 % BR	-	-
Chambre particulière	30 € par jour	-	30 € par jour	50 € par jour	100 € par jour	-	-
Honoraires							
Honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTM :150 % BR Médecin non DPTM : 150 % BR	Médecin DPTM :100 % BR Médecin non DPTM :100 % BR	Médecin DPTM :150 % BR Médecin non DPTM :130 % BR	Médecin DPTM :220 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin DPTM :300 % BR Médecin non DPTM :300 % BR	-	-
Forfait sur les actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	-	-
Hospitalisation en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé							
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Forfait journalier hospitalier							
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	-	-
Autres frais hospitaliers							
Frais de transport accepté par le Régime Obligatoire (sauf cure thermique et maternité)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux							
Médecin généraliste	-	Médecin DPTM :100 % BR Médecin non DPTM :100 % BR	Médecin DPTM :150 % BR Médecin non DPTM :130 % BR	Médecin DPTM :220 % BR Médecin non DPTM :200 % BR	Médecin DPTM :300 % BR Médecin non DPTM :300 % BR	-	-
Médecin spécialiste	-	Médecin DPTM :100 % BR Médecin non DPTM :100 % BR	Médecin DPTM :150 % BR Médecin non DPTM :130 % BR	Médecin DPTM :220 % BR Médecin non DPTM :200 % BR	Médecin DPTM :300 % BR Médecin non DPTM :300 % BR	-	-
Actes techniques dispensés par le médecin	-	Médecin DPTM :100 % BR Médecin non DPTM :100 % BR	Médecin DPTM :150 % BR Médecin non DPTM :130 % BR	Médecin DPTM :220 % BR Médecin non DPTM :200 % BR	Médecin DPTM :300 % BR Médecin non DPTM :300 % BR	-	-
Actes de radiologie et échographie	-	Médecin DPTM :100 % BR Médecin non DPTM :100 % BR	Médecin DPTM :150 % BR Médecin non DPTM :130 % BR	Médecin DPTM :220 % BR Médecin non DPTM :200 % BR	Médecin DPTM :300 % BR Médecin non DPTM :300 % BR	-	-
Honoraires paramédicaux							
Auxiliaires médicaux	-	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-
Médicaments							
Médicaments et vaccins pris en charge par l'AM	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Médicaments et vaccins prescrits non pris en charge par l'AM	-	-	25 € par année civile	50 € par année civile	75 € par année civile	-	-
Autres soins courants							
Analyses et examens de laboratoire	-	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-
Matériel médical	-	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-
DENTAIRE							
Soins et prothèses 100% santé *							
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	-	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV	-	-	-
Soins							
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	-	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	50 % BR	100 % BR
Radiologie dentaire	-	100 % BR	150 % BR	220 % BR	300 % BR	-	-
Prothèses							
Plafond sur les prothèses dentaires Au-delà du plafond, remboursement du TM + 25 % de la BR	-	1 000 € par année civile	1 000 € par année civile	1 000 € par année civile	2 000 € par année civile	-	-
Prothèses à tarifs limités à 100 % PLV – MR et à tarifs libres							
Prothèses fixes : couronnes et bridges	-	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	50 % BR	100 % BR
Prothèses amovibles	-	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	50 % BR	100 % BR
Bonus fidélité prothèses dentaires : à compter de la 3ème année d'assurance à compter de la 5ème année d'assurance	-	20 % BR 40 % BR	20 % BR 40 % BR	20 % BR 40 % BR	20 % BR 40 % BR	-	-
Inlays core	-	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-
Inlays / onlays	-	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-
Prothèses non prises en charge par l'AM, parodontologie non prise en charge par l'AM, orthodontie non prise en charge par l'AM Voir liste en annexe	-	-	-	200 € par année civile	300 € par année civile	50€ par année civile	100 € par année civile
Implantologie							
Couronne sur implant (acte avec entente directe libre)	-	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	50 % BR	100 % BR
Orthopédie dento-faciale							
Orthodontie (par semestre de soin)	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-

OPTIQUE							
Paire de lunettes							
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. A l'exception des cas mentionnés dans la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS notamment** pour les enfants de moins de 16 ans et les adultes de 16 ans et plus pour lesquels un renouvellement est prévu chaque année en cas de dégradation des performances oculaires d'au moins 0.5 sur un œil ou 0.25 sur les deux yeux. Pour un équipement qui associe deux verres appartenant à deux catégories différentes, le remboursement est égal à la moyenne des remboursements des deux catégories. Pour les assurés presbytes ne pouvant ou ne souhaitant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de près et un équipement pour la vision de loin toutes les périodes de 2 ans.							
Equipements 100% Santé*							
Monture, verres, suppléments et prestation optique	-	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV	-	-	-
Equipements à tarifs libres							
Plafond sur les montures	-	100 €	100 €	100 €	100 €	-	-
Équipement avec deux verres simples (avec monture)	-	100 €	150 €	200 €	300 €	50 € par an	100 € par an
Équipement avec au moins un verre complexe ou ultra complexe (avec monture)	-	200 €	250 €	300 €	400 €	-	-
Les suppléments et prestations optiques pris en charge par l'AM sont inclus dans les plafonds indiqués ci-dessus.							
Lentilles cornéennes							
Lentilles prises en charge ou non par l'AM Au-delà du plafond, remboursement de 100 % de la BR – MR	-	50 € par année civile	75 € par année civile	100 € par année civile	100 € par année civile	-	-
Bonus fidélité optique par acte (équipement optique + lentilles) à compter de la 3ème année d'assurance à compter de la 5ème année d'assurance	-	20 € 40 €	20 € 40 €	20 € 40 €	20 € 40 €	-	-
AIDES AUDITIVES JUSQU'AU 31/12/2020							
Prothèses auditives y compris accessoires	-	100 % BR	100 % BR + 150 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 300 €	50 % BR	100 % BR
Bonus fidélité prothèses auditives et accessoires à compter de la 3ème année d'assurance à compter de la 5ème année d'assurance	-	20 % BR 40 % BR	20 % BR 40 % BR	20 % BR 40 % BR	20 % BR 40 % BR	-	-
AIDES AUDITIVES À PARTIR DU 01/01/2021							
Le renouvellement de la prise en charge ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.							
Equipements 100% Santé*							
Aides auditives	-	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV	-	-	-
Equipements à tarifs libres							
Aides auditives jusqu'à 20 ans	-	100 % BR	100 % BR + 150 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 300 €	50 % BR	100 % BR
Aides auditives plus de 20 ans	-	100 % BR	100 % BR + 150 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 300 €	50 % BR	100 % BR
Bonus fidélité prothèses auditives et accessoires à compter de la 3ème année d'assurance à compter de la 5ème année d'assurance	-	20 % BR 40 % BR	20 % BR 40 % BR	20 % BR 40 % BR	20 % BR 40 % BR	-	-
CURES							
Cures thermales, forfait annuel (année civile) - Hors Transport	-	-	-	150 €	200 €	-	-
PRÉVENTION NON PRISE EN CHARGE PAR L'AM							
Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, homéopathe, psychomotricien, ergothérapeute, sophrologue, optométriste - 4 consultations par an	-	-	100 € par année civile	150 € par année civile	200 € par année civile	-	-
Pédicure - Podologue non remboursés par l'AM - 2 consultations par an	-	-	50 € par année civile	50 € par année civile	50 € par année civile	-	-
ASSISTANCE							
Vie quotidienne	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	-	-
CAPITAL ACCIDENT							
Niveau 1	20000 €	20000 €	20000 €	20000 €	20000 €	-	-
Niveau 2	40000 €	40000 €	40000 €	40000 €	40000 €	-	-
Niveau 3	60000 €	60000 €	60000 €	60000 €	60000 €	-	-

* tels que définis réglementairement.

** Article qui renvoie à la liste prévue par l'Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associés pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste des produits et prestations remboursés prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (§ VIII qui vise les cas de renouvellements anticipés).

Lexique

AM : Assurance Maladie
 BR : Base de Remboursement de l'Assurance Maladie
 BR-MR : Base de Remboursement de l'Assurance Maladie sous déduction du Montant Remboursé par l'Assurance Maladie
 FR-MR : Frais Réels sous déduction du Montant Remboursé par l'Assurance Maladie
 TM : Ticket Modérateur
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
 DPTM : le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée est applicable à l'ensemble des spécialités de médecins. Il s'agit d'un engagement du médecin envers l'Assurance Maladie, visant à encadrer la prise en charge des dépassements d'honoraires. Ce dispositif recouvre le C.A.S (Contrat d'accès aux soins), l'OPTAM ET l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) (CO pour chirurgie et obstétrique).
 PLV : Prix Limite de Vente
 HLF : Honoraires Limites de Facturation