





Régime obligatoire + Régime complémentaire

1	MODULE SOINS COURANTS, PHARMACIE ET PRÉVENTION		A	B	C	D	
	Consultations des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins (généraliste, spécialiste et neuropsychiatre) ^{(1) (2)} Actes techniques médicaux, radiologie ^{(1) (2)}		100 % BR*	125 % BR*	150 % BR*	225 % BR*	
	Auxiliaires médicaux (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, sages-femmes...) Analyses et examens de laboratoires Soins et prestations inopinés réalisés à l'étranger remboursés par la Sécurité Sociale Transport prescrit médicalement		100 % BR*	125 % BR*	150 % BR*	200 % BR*	
	Pharmacie		100 % BR*	100 % BR*	100 % BR*	100 % BR*	
	Actes de médecines douces : remboursement maximum/séance Nb de consultations limité par année d'adhésion		15 € / cons. 2 consultations	30 € / cons. 2 consultations	40 € / cons. 3 consultations	50 € / cons. 5 consultations	
	Actes de préventions remboursés par la Sécurité Sociale		100 % BR*	100 % BR*	100 % BR*	100 % BR*	
	Enveloppe Prévention ⁽³⁾ : médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale et contraception. Une partie de cette enveloppe est dédiée à l'automédication.		40€ dont 10 € d'automédication	60 € dont 15 € d'automédication	80 € dont 20 € d'automédication	100 € dont 25 € d'automédication	
2	MODULE DENTAIRE		A	B	C	D	
	Consultation et soins dentaires		100 % BR*	150 % BR*	200 % BR*	300 % BR*	
	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale		100 % BR*	150 % BR*	200 % BR*	300 % BR*	
	Forfait dentaire ⁽⁴⁾	Année 1	néant	néant	70 €	140 €	210 €
		Année 2			95 €	170 €	255 €
	À partir de l'année 3	120 €			200 €	300 €	
	Plafonds de remboursement annuel calculés sur frais de prothèses et le forfait ⁽⁴⁾	Année 1	néant	néant	600 €	1 000 €	1 000 €
Année 2		800 €			1 200 €	1 400 €	
À partir de l'année 3				1 000 €	1 400 €	1 400 €	
Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale		100 % BR*	150 % BR*	200 % BR*	300 % BR*		
Orthodontie refusée par la Sécurité Sociale		néant	néant	100 € / sem	200 € / sem		
3	MODULE OPTIQUE ET APPAREILLAGES		A	B	C	D	
	Équipement Lunettes (verres correcteurs et monture) et lentilles acceptées par la Sécurité Sociale		100 % BR*	100 % BR*	100 % BR*	100 % BR*	
	Remboursement supplémentaire équipement lunettes (prescrites) ⁽⁵⁾ avec verres simples		néant	100 €	150 €	200 €	
	Remboursement supplémentaire équipement lunettes (prescrites) ⁽⁵⁾ avec verres complexes ou très complexes		néant	200 €	250 €	300 €	
	Remboursement supplémentaire équipement lunettes (prescrites) ⁽⁵⁾ Majoration forfait verres simple ou verres complexes à partir de l'année 3		néant	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	
	Forfait lentilles (acceptées ou non par la Sécurité Sociale) ⁽³⁾		néant	50 €	100 €	150 €	
	Forfait basse vision pour les bénéficiaires de 55 ans et plus ⁽³⁾		néant	50 €	100 €	150 €	
	Chirurgie réfractive (intervention laser pour myopie) ⁽³⁾		néant	200 €	400 €	600 €	
	Petit et grand appareillage, prothèse médicale, orthopédie et prothèse auditive + forfait supplémentaire		100 % BR*	125 % BR* + 100 €	150 % BR* + 150 €	225 % BR* + 200 €	
4	Hospitalisation médicale ou chirurgicale, maternité en établissement (hôpital ou clinique), hospitalisation à domicile						
	Honoraires médicaux ou chirurgicaux des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins ^{(1) (2)}		100 % BR*	150 % BR*	200 % BR*	225 % BR*	
	Frais de séjour et forfait journalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Chambre particulière (par jour) ⁽⁶⁾		néant	35 € / j	50 € / j	70 € / j	
	Frais d'accompagnant bénéficiaire inscrit (limité à 20 jours par année d'assurance)		néant	25 € / j	25 € / j	25 € / j	
	Forfait naissance ou adoption ⁽⁷⁾		néant	100 €	150 €	230 €	
	Cure Thermale en ambulatoire acceptée par la Sécurité Sociale						
Frais médicaux		100 % BR*	150 % BR*	200 % BR*	225 % BR*		
Forfait supplémentaire annuel ⁽³⁾		néant	60 €	100 €	140 €		

*BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale. Les prestations sont versées dans la limite des frais réels. Les prestations exprimées en % de la BR incluent le remboursement de la Sécurité Sociale, celles exprimées en euros s'ajoutent à l'éventuelle prise en charge par la Sécurité Sociale. (1) Les taux de remboursement sont majorés de 20% de la BR pour les honoraires et actes des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS). A partir de 2017, le taux maximum de remboursement de la BR des médecins non signataires du CAS sera de 200% BR, ce qui implique que pour la formule D le taux de remboursement est de 225% BR en 2015 et 2016 ; et sera de 200% BR en 2017. (2) La participation forfaitaire de 18 euros sur les actes techniques pratiqués en ville ou établissement de santé supérieur à 120 euros (TMF) est remboursée intégralement. (3) Montant maximum par bénéficiaire et par année d'assurance, non reportable sur l'année suivante. (4) Au-delà du plafond dentaire pour les formules C et D, les prothèses dentaires sont remboursées à 100% de la BR. (5) Forfait équipement par personne et par période de 2 ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue pour les majeurs. Dans ce cas, la période est annuelle). Le forfait équipement verres simples concerne les verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4. Le forfait équipement verres complexes ou très complexes concerne tous les autres verres ainsi que tous les équipements mixtes comportant un verre simple et un verre complexe ou très complexe ou un verre complexe et un verre très complexe. Le forfait intègre la prise en charge des montures limitée à 150€ (y compris la BR). (6) Les frais de chambre particulière ne sont pas pris en charge dans les établissements de moyens séjours. (7) Doublié si naissance multiple. Versé si date d'effet de l'adhésion date d'au moins 9 mois et sous réserve que le l'enfant soit nommé au contrat dans les 2 mois de l'évènement. Les garanties figurant ci-dessous sont exprimées en % de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et sont valables dans le cadre du parcours de soins. Elles incluent les remboursements par le Régime Obligatoire (ou AMO) et le cas échéant par tout autre régime complémentaire, la participation forfaitaire et les franchises médicales non prises en charge au titre du présent contrat.