










 <b>HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTÉTRICALE*</b>		<b>E3P3</b>
Frais de séjour**		300% BR
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux OPTAM   Non OPTAM		400% BR   200% BR
Forfait journalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)		100% FR
Forfait actes lourds		100% FR
Chambre particulière (y compris maternité)		3% PMSS/jour
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans		2% PMSS/jour
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire		200% BR
 <b>PHARMACIE</b>		
Médicaments et vaccins remboursés par la S.S.		100% BR
Vaccins prescrits non remboursés par la S.S.		45 €/an/bénéficiaire
Médicaments prescrits mais non remboursés par la S.S.		100 €/an/bénéficiaire
 <b>SOINS COURANTS</b>		
Consultations et visites de généralistes OPTAM   Non OPTAM		200% BR   150% BR
Consultations et visites de spécialistes et neuropsychiatres OPTAM   Non OPTAM		300% BR   200% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie OPTAM   Non OPTAM		300% BR   200% BR
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...)		150% BR
Analyses médicales et travaux de laboratoire		150% BR
Actes d'imagerie, échographie, doppler OPTAM   Non OPTAM		300% BR   200% BR
 <b>OPTIQUE</b>		
Verre*** (grille optique selon la correction)		De 90 à 260 €
Monture*** (sous déduction du remboursement S.S.)		3,5% PMSS
Lentilles de contact correctrices prescrites (y compris jetables et non remboursées par la S.S.)		5% PMSS/an/bénéficiaire
Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser		25% PMSS/œil
 <b>DENTAIRE</b>		
Consultations et soins dentaires (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et la parodontologie remboursés par la S.S.		200% BR
Inlay onlay d'obturation		250% BR
Prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) remboursés par la S.S.		300% BR
Inlay core remboursés par la S.S.		275% BR
Piliers de bridge sur dent saine non remboursés par la S.S. (par pilier)		200% BRR
Implantologie non remboursée par la S.S. (maximum 2/an)		450 €/implant
Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale et lambeau) non remboursée par la S.S.		200 €/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la S.S.		300% BR
Orthodontie non remboursée par la S.S.		300% BRR
 <b>APPAREILLAGE</b>		
Prothèses auditives (forfait par oreille)		100% BR + 500 €/an/bénéficiaire
Orthopédie et autres prothèses diverses (hors prothèses dentaires et auditives)		200% BR
 <b>MATERNITÉ</b>		
Allocation forfaitaire (naissance ou adoption)		15% PMSS
 <b>PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES</b>		
Actes de prévention****		100% BR
Médecine douce : acupuncture, ostéopathie, chiropraxie, éthiopathie non remboursée par la S.S.		40 €/séance/bénéficiaire (maximum 5 séances/an)
Médecine douce prescrite : psychomotricien, diététicien (maximum 4 séances/an)		40 €/séance/bénéficiaire
Sevrage tabagique sur prescription médicale		80 €/an
Prise en charge d'un conseiller en environnement intérieur sur prescription médicale		50 €/an
Ostéodensitométrie osseuse remboursée par la S.S.		80 €/an/bénéficiaire
 <b>DIVERS</b>		
Cures thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transport et de séjour)		150% BR + 10% PMSS
 <b>ASSISTANCE</b>		Oui
 <b>PARTICIPATION ACTIVITÉS SPORTIVES OU INTELLECTUELLES</b>		35 €/an/limitée à 1 bénéficiaire par contrat
 <b>PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ</b>		En complément de votre contrat santé (1,25€/mois)

### OPTIQUE

TYPE DE VERRE	(REMBOURSEMENTS PAR VERRE)
	<b>E3P3</b>
Verre Simple Foyer, Sphérique	
*Sphère de -6 à +6	<b>90 €</b>
*Sphère de -6,25 à -10 ou +6,25 à 10	<b>100 €</b>
*Sphère < -10 ou > +10	<b>110 €</b>
Verre Simple Foyer, Sphéro-cylindrique	
*Cylindrique <+4 sphère de -6 à +6	<b>100 €</b>
*Cylindrique <+4 sphère < -6 ou > +6	<b>110 €</b>
*Cylindrique >+4 sphère de -6 à +6	<b>130 €</b>
*Cylindrique >+4 sphère < -6 ou > +6	<b>140 €</b>
Verre Multifocal ou Progressif Sphérique	
*Sphère de -4 à +4	<b>190 €</b>
*Sphère < -4 ou > +4	<b>210 €</b>
Verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique	
*Sphère de -8 à +8	<b>220 €</b>
*Sphère < -8 ou > +8	<b>260 €</b>
<b>Monture</b>	<b>3,5% PMSS</b>

Les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité sociale (sauf prestations exprimées en euros). Les prestations sont versées dans la limite des frais réels engagés.

\*Y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile. \*\*Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité Sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux, y compris participation forfaitaire de 18 € pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 €. \*\*\*Prise en charge limitée à un équipement optique (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date de souscription du contrat, sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue (1 équipement tous les ans). \*\*\*\*Arrêté du 8 juin 2006 publié au JORF du 18 juin 2006.

**BR** : Base de Remboursement - **BRR** - Base de remboursement reconstituée - **S.S.** : Sécurité Sociale - **PMSS 2019** : 3377 € : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - **TM** : Ticket Modérateur  
**OPTAM** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée