










 HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTÉTRICALE*		E3PO
Frais de séjour**		150% BR
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux OPTAM Non OPTAM		150% BR 130% BR
Forfait journalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)		100% FR
Forfait actes lourds		100% FR
Chambre particulière (y compris maternité)		1% PMSS/jour
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans		-
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire		100% BR
 PHARMACIE		
Médicaments et vaccins remboursés par la S.S.		100% BR
Vaccins prescrits non remboursés par la S.S.		10 €/an/bénéficiaire
Médicaments prescrits mais non remboursés par la S.S.		-
 SOINS COURANTS		
Consultations et visites de généralistes OPTAM Non OPTAM		100% BR 100% BR
Consultations et visites de spécialistes et neuropsychiatres OPTAM Non OPTAM		100% BR 100% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie OPTAM Non OPTAM		100% BR 100% BR
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...)		100% BR
Analyses médicales et travaux de laboratoire		100% BR
Actes d'imagerie, échographie, doppler OPTAM Non OPTAM		100% BR 100% BR
 OPTIQUE		
Verre*** (grille optique selon la correction)		De 60 à 200 €
Monture*** (sous déduction du remboursement S.S.)		1,5% PMSS
Lentilles de contact correctrices prescrites (y compris jetables et non remboursées par la S.S.)		2% PMSS/an/bénéficiaire
Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser		-
 DENTAIRE		
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.		100% BR
Inlay onlay d'obturation		100% BR
Prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations) remboursés par la S.S.		200% BR
Inlay core remboursés par la S.S.		150% BR
Piliers de bridge sur dent saine non remboursés par la S.S. (par pilier)		100% BRR
Implantologie non remboursée par la S.S. (maximum 2/an)		-
Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale et lambeau) non remboursée par la S.S.		-
Orthodontie remboursée par la S.S.		200% BR
Orthodontie non remboursée par la S.S.		100% BRR
 APPAREILLAGE		
Prothèses auditives (forfait par oreille)		100% BR + 200 €/an/bénéficiaire
Orthopédie et autres prothèses diverses (hors prothèses dentaires et auditives)		100% BR
 MATERNITÉ		
Allocation forfaitaire (naissance ou adoption)		-
 PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES		
Actes de prévention****		100% BR
Médecine douce : acupuncture, ostéopathie, chiropraxie, éthiopie non remboursée par la S.S.		40 €/séance /bénéficiaire (maximum 2 séances/an)
Médecine douce prescrite : psychomotricien, diététicien (maximum 4 séances/an)		20 €/séance/bénéficiaire
Sevrage tabagique sur prescription médicale		40 €/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
 DIVERS		
Cures thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transport et de séjour)		150% BR
 ASSISTANCE		
		Oui
 PARTICIPATION ACTIVITÉS SPORTIVES OU INTELLECTUELLES		
		35 €/an/limitée à 1 bénéficiaire par contrat
 PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ		
		En complément de votre contrat santé (1,25€/mois)

OPTIQUE

TYPE DE VERRE	(REMBOURSEMENTS PAR VERRE)
	E3P0
Verre Simple Foyer, Sphérique	
*Sphère de -6 à +6	60 €
*Sphère de -6,25 à -10 ou +6,25 à 10	80 €
*Sphère < -10 ou > +10	85 €
Verre Simple Foyer, Sphéro-cylindrique	
*Cylindrique <+4 sphère de -6 à +6	70 €
*Cylindrique <+4 sphère < -6 ou > +6	80 €
*Cylindrique >+4 sphère de -6 à +6	100 €
*Cylindrique >+4 sphère < -6 ou > +6	110 €
Verre Multifocal ou Progressif Sphérique	
*Sphère de -4 à +4	130 €
*Sphère < -4 ou > +4	150 €
Verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique	
*Sphère de -8 à +8	160 €
*Sphère < -8 ou > +8	200 €
Monture	1,5% PMSS

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