

TABLEAU DES GARANTIES

Les remboursements indiqués s'entendent en complément du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

	Base uniquement (si choisi)	Base + Surco A (si choisi)	Base + Surco B (si choisi)	Base + Surco C (si choisi)
HOSPITALISATION en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité				
Frais de séjour	110 % BR	400 % BR	400 % BR	400 % BR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (en pourcentage de la participation forfaitaire)	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences (PFU) (8)	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Frais et honoraires chirurgicaux				
Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 230 % BRSS	TM + 380 % BRSS	TM + 380 % BRSS	TM + 430 % BRSS
Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BRSS	TM + 100 % BRSS	TM + 100 % BRSS	TM + 100 % BRSS
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale				
Chambre particulière de nuit (hors maternité) – Par jour	50 €	50 €	80 €	120 €
Chambre particulière de jour (CPA) (hors maternité) – Par jour	50 €	50 €	55 €	65 €
Lit d'accompagnant - non remboursé par la Sécurité sociale				
Frais de lit d'accompagnant – Par jour	15 €	30 €	50 €	80 €
Aide à la procréation				
Procréation médicale assistée / Fécondation In Vitro – Par an	-	-	125 €	150 €
Maternité				
Chambre particulière (8 jours maximum) – Par jour	1,5 % PMSS	2 % PMSS	2,5 % PMSS	3 % PMSS
Allocation de naissance ou adoption – Par enfant	8 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS	12 % PMSS
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100 % Santé**				
Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définis aux Conditions générales	Prise en charge intégrale (1)	Prise en charge intégrale (1)	Prise en charge intégrale (1)	Prise en charge intégrale (1)
Soins				
Soins dentaires	TM	TM	TM	TM
Prothèses autres que 100 % Santé				
PANIER MAITRISÉ (2)				
Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définis aux Conditions générales.				
Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale	200 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	300 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
PANIER LIBRE (3)				
Dans la limite des frais réellement engagés				
Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale	200 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	300 % BRSS	300 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale				
Par prothèses	322,50 €	322,50 €	376,25 €	483,75 €
Orthodontie (4)				
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	166 % BRSS	266 % BRSS	300 % BRSS	450 % BRSS
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans) Par semestre	193,50 €	387 €	580,50 €	774 €
Implantologie				
Implants dentaires (hors prothèse dentaire) – Par an et par bénéficiaire	300 €	300 €	500 €	700 €

	Base uniquement (si choisi)	Base + Surco A (si choisi)	Base + Surco B (si choisi)	Base + Surco C (si choisi)
AIDES AUDITIVES OU ÉQUIPEMENT PAR OREILLE				
Renouvellement par appareil tous les 4 ans				
Équipement 100 % Santé** (5)				
Aides auditives de Classe I ***	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Équipement autre que 100 % Santé				
Plafond par aide auditive (hors accessoire) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	1 700 € TTC	1 700 € TTC	1 700 € TTC	1 700 € TTC
Aides auditives de Classe II ***				
• Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité**** Par oreille (Minimum TM)	400 € + 65 % BRSS	400 € + 65 % BRSS	400 € + 150 % BRSS	400 € + 300 % BRSS
• Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans Par oreille (Minimum TM)	400 € + 65 % BRSS	400 € + 65 % BRSS	400 € + 150 % BRSS	400 € + 300 % BRSS
Accessoires et fournitures	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Généralistes :				
• Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 20 % BRSS	TM + 50 % BRSS	TM + 120 % BRSS	TM + 270 % BRSS
• Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM	TM + 30 % BRSS	TM + 100 % BRSS	TM + 100 % BRSS
Spécialistes :				
• Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 20 % BRSS	TM + 50 % BRSS	TM + 120 % BRSS	TM + 270 % BRSS
• Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM	TM + 30 % BRSS	TM + 100 % BRSS	TM + 100 % BRSS
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et Actes techniques médicaux :				
• Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 20 % BRSS	TM + 50 % BRSS	TM + 120 % BRSS	TM + 270 % BRSS
• Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM	TM + 30 % BRSS	TM + 100 % BRSS	TM + 100 % BRSS
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (médecine de ville) (en pourcentage de la participation forfaitaire)	100 %	100 %	100 %	100 %
Imagerie médicale, radiologie, échographie :				
• Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM	TM	TM + 120 % BRSS	TM + 270 % BRSS
• Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*	TM	TM	TM + 100 % BRSS	TM + 100 % BRSS
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (ex : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...)	TM	TM	TM + 110 % BRSS	TM + 260 % BRSS
Analyses médicales	TM	TM	TM	TM
Matériel médical inscrit à la Liste des Produits de Prestations				
Prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale autres que dentaires et auditives	65 % BRSS	65 % BRSS	150 % BRSS	300 % BRSS
Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	300 % BRSS
Médicaments				
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	TM	TM	TM	TM
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	TM	TM	TM	TM
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	TM	TM	TM	TM
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale – Par an et par bénéficiaire	-	-	20 €	35 €
Tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la Sécurité sociale - Par an et par bénéficiaire	3 % PMSS	3 % PMSS	3 % PMSS	4 % PMSS
Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la Sécurité sociale) - Par an et par bénéficiaire	80 €	95 €	120 €	150 €
Honoraires de dispensation du pharmacien y compris la vaccination antigrippale	TM	TM	TM	TM
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	TM	TM	130 % BRSS	230 % BRSS
Frais de transport sanitaire remboursé par la Sécurité sociale				
Ambulance, taxi conventionné	TM	TM	TM	TM
Médecine additionnelle et de prévention - sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel - non remboursée par la Sécurité sociale				
Ostéopathe, chiropracteur, étiope, acupuncteur, podologue, psychomotricien, ergothérapeute, homéopathe - Par an et par bénéficiaire	300 €	300 €	300 €	300 €
Diététicien, psychologue, psychomotricien – Par an et par bénéficiaire		20 €	30 €	40 €
Séances d'accompagnement psychologiques réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale	TM	TM	TM	TM
Prévention				
Prise en charge des actes de prévention en application de l'art. R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (6) (minimum TM)	Oui	Oui	Oui	Oui

	Base uniquement (si choisi)	Base + Surco A (si choisi)	Base + Surco B (si choisi)	Base + Surco C (si choisi)
OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres) Niveaux d'indemnisation y compris Sécurité sociale				
Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales				
JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE 2022				
Équipement 100 % Santé** (5)				
1 Monture + 2 verres de tous types (classe A)				
Équipement autre que 100 % Santé (classe B)				
Par verre unifocal :				
• Sphère de 0 à 4 et de - 4 à 0, quel que soit le cylindre	160 €	160 €	160 €	160 €
• Sphère de 4,25 à 6 et de - 6 à - 4,25, quel que soit le cylindre	160 €	160 €	160 €	160 €
• Sphère de 6,25 à 8 et de - 8 à - 6,25, quel que soit le cylindre	222 €	222 €	222 €	250 €
• Sphère au-delà de 8,25 et - 8,25, quel que soit le cylindre	277 €	277 €	277 €	300 €
Par verre multifocal :				
• Sphère de 0 à 4 et de - 4 à 0, quel que soit le cylindre	250 €	250 €	250 €	270 €
• Sphère de 4,25 à 6 et de - 6 à - 4,25, quel que soit le cylindre	288 €	288 €	288 €	300 €
• Sphère de 6,25 à 8 et de - 8 à - 6,25, quel que soit le cylindre	300 €	300 €	300 €	300 €
• Sphère au-delà de 8,25 et - 8,25, quel que soit le cylindre	311 €	311 €	311 €	350 €
Monture	100 €	100 €	100 €	100 €
À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2023				
Équipement 100 % Santé** (5)				
1 Monture + 2 verres de tous types (classe A)				
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) – dans le réseau de soins (7)				
Par verre unifocal :				
• Sphère de 0 à 4 et de - 4 à 0, quel que soit le cylindre	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Sphère de 4,25 à 6 et de - 6 à - 4,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Sphère de 6,25 à 8 et de - 8 à - 6,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Sphère au-delà de 8,25 et - 8,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Par verre multifocal :				
• Sphère de 0 à 4 et de - 4 à 0, quel que soit le cylindre	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Sphère de 4,25 à 6 et de - 6 à - 4,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Sphère de 6,25 à 8 et de - 8 à - 6,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Sphère au-delà de 8,25 et - 8,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Monture	100 €	100 €	100 €	100 €
À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2023				
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) - Hors réseau de soins				
Par verre unifocal :				
• Sphère de 0 à 4 et de - 4 à 0, quel que soit le cylindre	100 €	100 €	100 €	100 €
• Sphère de 4,25 à 6 et de - 6 à - 4,25, quel que soit le cylindre	160 €	160 €	160 €	160 €
• Sphère de 6,25 à 8 et de - 8 à - 6,25, quel que soit le cylindre	222 €	222 €	222 €	250 €
• Sphère au-delà de 8,25 et - 8,25, quel que soit le cylindre	277 €	277 €	277 €	300 €
Par verre multifocal :				
• Sphère de 0 à 4 et de - 4 à 0, quel que soit le cylindre	200 €	200 €	200 €	220 €
• Sphère de 4,25 à 6 et de - 6 à - 4,25, quel que soit le cylindre	288 €	288 €	288 €	300 €
• Sphère de 6,25 à 8 et de - 8 à - 6,25, quel que soit le cylindre	300 €	300 €	300 €	300 €
• Sphère au-delà de 8,25 et - 8,25, quel que soit le cylindre	311 €	311 €	311 €	350 €
Monture	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles				
Lentilles correctrices prescrites remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables) - Par an et par bénéficiaire (minimum TM)	273,70 €	273,70 €	273,70 €	323,70 €
Lentilles correctrices prescrites non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables) - Par an et par bénéficiaire	250 €	250 €	250 €	300 €
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale				
Par œil et par an	-	-	345 €	460 €

BRSS = Base de Remboursement de la Sécurité sociale, **BRSS - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale, **FR** = Frais réels, **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale, **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise), **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale), **RC** = Régime complémentaire, **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale, **HLF** = Honoraires Limite de Facturation, **PLV** = Prix Limite de Vente.

(*) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.amei.fr est à la disposition de tous. (**) Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. (***) S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation. (****) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction. (***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) Dans la limite des frais réellement engagés. (2) Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale, tels que définis réglementairement. (3) Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale, tels que définis réglementairement. (4) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement. (5) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales. (6) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr). (7) Les niveaux de remboursement dits « frais réels » prévus dans le cadre d'un réseau de soins ne peuvent en aucun cas excéder les plafonds du contrat responsable (R.871-2 du code de la sécurité sociale). (8) FPU : facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.