

1. Tableau des niveaux de garanties

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins coordonné. Ils excluent la participation forfaitaire et la franchise de l'assuré qui restent à sa charge, conformément à la loi. Les garanties en pourcentage sont exprimées par rapport à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) en incluant son remboursement. Les forfaits et plafonds sont exprimés par année d'adhésion et par assuré : ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Ils sont effectués dans la limite des frais engagés et sont conformes aux dispositions des contrats responsables. Les garanties s'appliquent dans les conditions, limites et exclusions des Conditions Générales du contrat et du Bulletin d'Adhésion souscrits.

	BUDGET	EQUILIBRE	CONFORT
Hospitalisation (1)			
Séjour Hospitalier			
Frais de séjour	100%	100%	100%
Soins et honoraires signataires du CAS (2)	100%	100%	150%
Soins et honoraires non signataires du CAS (2)	100%	100%	150%
Chambre particulière	non	non	50€ / jour
Forfait hospitalier (3)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transport	100%	100%	100%
Les + Hospi			
Lit accompagnant enfant à charge de - de 16 ans			
Frais annexes (tv, tel, journaux, wifi)	non	non	15€ / jour
Frais ambulatoires			
Assistance			
En cas de maladie, d'accident ou de maternité	non	non	Oui
Soins courants			
Actes médicaux			
Consultations de généralistes et de spécialistes signataires du CAS (2)	100%	100%	150%
Consultations de généralistes et de spécialistes non signataires du CAS (2)	100%	100%	130%
Radiologie, échographie, analyses, auxiliaires médicaux signataires du CAS (2)	100%	100%	150%
Radiologie, échographie, analyses, auxiliaires médicaux non signataires du CAS	100%	100%	130%
Pharmacie	100%	100%	100%
Automédication	non	non	15€ / an
Petits appareillages, prothèses auditives	100%	100%	100%
Cure thermales acceptées par la Sécurité Sociale	non	non	100%
Prévention			
Patch anti tabac, vaccin anti grippe, contraception	20€ / an	20€ / an	50€ / an
Les +			
Ostéopathie, chiropractie, etiopathie, diététicien	non	non	60€ / an
Forfait naissance	150€	150€	150€
Dentaire et Optique			
Dentaire			
Soins dentaires	100%	150%	150%
Prothèses dentaires et orthodontie Sécurité Sociale	100%	200% Plafond annuel de 1 000€	200% Plafond annuel de 1 000€
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale, implants dentaires (hors prothèses provisoires)	non	150€ / an	150€ / an
Optique (4)			
Monture et 2 verres simples	50 € / 2 ans	150 € / 2 ans	150 € / 2 ans
Monture et 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe	125 € / 2 ans	200 € / 2 ans	150 € / 2 ans
Monture et 2 verres complexes ou très complexes	200 € / 2 ans	250 € / 2 ans	250 € / 2 ans
Monture et 1 verre complexe + 1 verre très complexe			
Lentilles-opération de la myopie	100 % + 50 € / an	100 % + 150 € / an	100 % + 150 € / an
Option Eco : une réduction sur votre cotisation moyennant des actes de gestion restant à votre charge.	Option	Option	Option

(1) En cas d'hospitalisation dans des centres ou unités spécialisés, seul le ticket modérateur est couvert. Le forfait hospitalier et les + HOSPI sont pris en charge pour une durée de 30 jours. La chambre particulière est exclue.

(2) CAS : Contrat d'Accès aux Soins

(3) Dans la limite des frais réels actuels au 01/01/2015 de 18€ par jour

(4) Verres simples : verres simple foyer, dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00

Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verres multifocaux ou progressifs

Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs shéro-cylindriques dont la sphère est hors hoze de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs

sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00

La prise en charge de la monture est limitée dans tous les cas à 150€