

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5
<b>HOSPITALISATION (y compris Maternité)</b>					
Frais de séjour en établissement conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en établissement non conventionné et en établissement conventionné de soins de suite et de réadaptation, de rééducation et assimilés, de psychiatrie	100%	100%	150%	175%	200%
Honoraires :					
- Professionnels de santé adhérant au DPTAM (1)					
1 <sup>ère</sup> année	100%	150%	200%	250%	300%
dès la 2 <sup>ème</sup> année	100%	150%	225%	275%	325%
dès la 3 <sup>ème</sup> année et suivantes	100%	150%	250%	300%	350%
- Professionnels de santé n'adhérant pas au DPTAM (1)	100%	125%	175%	200%	200%
Forfait journalier hospitalier (2)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (3)	-	30 €/jour	45 €/jour	60 €/jour	75 €/jour
Frais d'accompagnant (3)	-	-	10 €/jour	15 €/jour	20 €/jour
Frais de transport	100%	100%	100%	150%	200%
Frais de télévision et/ou WIFI (3)	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour
Forfait coup dur (4)	-	-	-	-	500 €
<b>SOINS COURANTS</b>					
Honoraires médicaux de généralistes et spécialistes (consultations, radiologie, imagerie, échographie, actes techniques et de spécialités)					
- Adhérant au DPTAM (1)	100%	125%	150%	200%	250%
- Non adhérant au DPTAM (1)	100%	100%	125%	175%	200%
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux) tels que Kinésithérapeute, Orthoptiste, Infirmier	100%	125%	150%	200%	250%
Analyses et examens de laboratoires	100%	125%	150%	200%	250%
Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical (prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage tels que attelle, fauteuil roulant, lit médicalisé)	100%	100%	125%	150%	175%
Soins effectués à l'étranger	100%	100%	125%	150%	175%
<b>OPTIQUE - Montants par bénéficiaire, forfait incluant le ticket modérateur</b>					
Equipements 100% Santé (verres et monture de Classe A) (5)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Equipements du panier « Libre » (Classe B) Monture plafonnée (5)					
- Equipements monture et 2 verres simples	100%	50 €	125 €	175 €	250 €
- Equipements monture et 2 verres dont au-moins 1 verre complexe ou très complexe	100%	200 €	275 €	350 €	425 €
Equipements mixtes :					
- Monture 100% Santé (Classe A)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
- 2 verres simples de Classe B	100%	50 €	125 €	175 €	250 €
- 2 verres de Classe B dont au moins 1 verre complexe ou très complexe	100%	200 €	275 €	350 €	425 €
Equipements mixtes :					
- Monture Classe B	100%	40 €	50 €	60 €	70 €
- 2 verres 100% Santé (Classe A)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire (par an)	100%	100% + 50 €	100% + 75 €	100% + 100 €	100% + 150 €
Chirurgie réfractive toutes corrections (par œil, par an)	-	-	-	200 €	300 €
<b>DENTAIRE</b>					
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire), inlays-onlays, parodontologie remboursés par le Régime Obligatoire	100%	125%	150%	200%	250%
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	100%	100%	150%	200%	250%
Prothèses dentaires 100% Santé (6)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Prothèses dentaires des paniers « Maîtrisé » (6) et « Libre » *					
1 <sup>ère</sup> année	100%	150%	225%	275%	325%
dès la 2 <sup>ème</sup> année et suivantes	100%	175%	250%	300%	350%
Prothèses dentaires, orthodontie, facettes, parodontologie et implantologie non remboursés par le Régime Obligatoire, par an et par bénéficiaire *	-	-	150 €	200 €	250 €
*Dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire de	Illimité	Illimité	Illimité	1 100 €	1 600 €
<b>AIDES AUDITIVES (PAR OREILLE) (7)</b>					
Equipements 100% Santé (Classe 1) + entretien	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Equipements du panier « Libre » (Classe 2) + entretien	100%	100%	150%	200%	250%

PRÉVENTION & BIEN-ÊTRE					
Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, éthiopathie, homéopathie, naturopathie, diététique, podologie, pédicure. Dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire de :					
1 <sup>ère</sup> année	-	30 €	60 €	80 €	100 €
dès la 2 <sup>ème</sup> année	-	40 €	80 €	100 €	120 €
dès la 3 <sup>ème</sup> année et suivantes	-	50 €	100 €	120 €	140 €
Médicaments prescrits, vaccins et antipaludéens non remboursés par le Régime Obligatoire (forfait annuel et par bénéficiaire)	-	-	60 €	75 €	90 €
Prévention des risques cardiovasculaires : sevrage tabagique, tensiomètre, activité physique (forfait annuel par bénéficiaire) (8)	-	-	-	20 €	40 €
Cures thermales acceptées par le régime obligatoire					
- Honoraires et traitements	100%	100%	125%	150%	175%
- Frais de transport et d'hébergement (par an et par bénéficiaire)	-	75 €	100 €	125 €	150 €
SERVICES +					
Assistance renforcée : - Aide ménagère et aide familiale, conduite en taxi à l'école ou aux activités extra-scolaires des enfants, garde des enfants à domicile, garde d'animaux de compagnie, livraison de médicaments à domicile, mise à disposition d'un véhicule médical, envoi d'un médecin, etc. - Aide à l'aïdant (mise en relation)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Téléconsultation médicale	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Tiers payant // ALMERY S	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Toutes les garanties sont exprimées en% de la Base de Remboursement (BR) sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire

1) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM, OPAM-CO qui ont remplacé le Contrat d'Accès aux Soins CAS) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins du secteur 2, qui fixent eux-mêmes les tarifs de leurs consultations.

(2) Forfait journalier hospitalier : couverture illimitée, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD), des établissements médico-sociaux, des établissements d'hébergement pour personnes âgées et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR).

(3) La chambre particulière, les frais de télévision et les frais d'accompagnement sont limités à 30 jours par an en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), et ne sont pas garantis pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés.

(4) Versement du capital en cas de premier diagnostic d'un cancer atteignant le sein ou l'appareil reproducteur féminin, c'est-à-dire l'ovaire, l'utérus, le vagin et les organes génitaux externes ; ou d'un cancer de la prostate (sous conditions).

5) A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020 (ou à compter de la date d'échéance anniversaire survenant au cours de l'année 2020 pour les contrats ayant pris effet avant 2020) les équipements optiques relevant du panier 100% Santé font l'objet d'une prise en charge intégrale, dans la limite des prix de vente fixés par la réglementation. Les équipements relevant du panier « Libre » sont pris en charge à hauteur de la garantie choisie. Dans les deux cas, le remboursement se fait dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans décomptés à partir de la date de délivrance du dernier équipement. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans, cette limitation est ramenée à une année. La monture de classe B est plafonnée à 100€.

Avant cette date, le remboursement des équipements du panier 100% Santé se fait sur la base des garanties du panier « Libre » dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans décomptés à partir de la date d'effet du contrat. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, cette limitation est ramenée à une année. La monture est plafonnée à 150€.

Verres simples	Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
Verres complexes	Verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 dioptries
	Verres multifocaux ou progressifs
Verres très complexes	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries
	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

(6) Les prothèses dentaires relevant du panier 100% Santé font l'objet d'une prise en charge intégrale, dans la limite des prix de vente fixés par la réglementation. Les équipements et prothèses relevant des paniers « Maîtrisé » et « Libre » sont pris en charge à hauteur de la garantie choisie (et dans la limite des prix de vente fixés pour les prothèses dentaires du panier « Maîtrisé »).

Ces dispositions s'appliquent :

- pour les contrats prenant effet en 2020 : à compter de leur date d'effet ;

- pour les contrats ayant pris effet avant 2020 : à compter de leur date d'échéance anniversaire survenant au cours de l'année 2020. Avant cette date, les prothèses relevant du panier 100% Santé sont remboursées en fonction des niveaux de remboursements du panier « Maîtrisé ».

Pour les prothèses dentaires amovibles relevant du panier 100% Santé (ainsi que leurs actes de réparation et de suppléments), les dispositions s'appliquent à compter de 2021 (à la date d'effet pour les contrats souscrits en 2021 et à la date d'échéance anniversaire pour les contrats ayant pris effet antérieurement). Avant cette date, elles sont remboursées en fonction des niveaux de remboursements du panier « Maîtrisé ».

(7) Les prothèses auditives de classe 1 appartenant au panier 100% Santé font l'objet d'une prise en charge intégrale, dans la limite des prix de vente fixés par la réglementation. Les prothèses auditives de classe 2 relevant du panier « Libre » sont prises en charge à hauteur de la garantie choisie et dans la limite de 1 700 € par oreille (remboursement du régime obligatoire inclus).

Dans les deux cas, la garantie est limitée à un remboursement tous les 4 ans à compter de la date de délivrance de l'équipement.

Ces dispositions s'appliquent :

- pour les contrats prenant effet en 2021 : à compter de leur date d'effet ;

- pour les contrats ayant pris effet avant 2021 : à compter de leur date d'échéance anniversaire survenant au cours de l'année 2021.

Avant cette date, les équipements sont remboursés en fonction des niveaux de remboursements du panier « Libre ».

(8) Les activités physiques : abonnement à la salle de sport, abonnement piscine, frais d'adhésion à un club sportif et licence sportive.

	Renfort (accessible dès la formule 3)
HOSPITALISATION	
Chambre particulière (3)	15 € /jour
DENTAIRE	
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire (par an et par bénéficiaire)	200 € la 1 <sup>ère</sup> année 300 € les suivantes
Frais dentaires non remboursés par le Régime Obligatoire (prothèses, implants, facettes, parodontologie ou orthodontie) par an et par bénéficiaire	200 €
PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE	
Bilan et séances de psychomotricité non remboursés par le Régime Obligatoire (maximum 10 séances par an)	20 € par séance
Consultation psychologue par an et par bénéficiaire	75 €
Médicaments prescrits, vaccins et antipaludéens non remboursés par le Régime Obligatoire par an et par bénéficiaire	50 €
Contraceptifs prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire par an et par bénéficiaire	30 €
MATERNITÉ	
Forfait naissance/adoption	150 €

