

Complémentaire Santé – Montant des Garanties à compter du 1^{er} avril 2015

Prestations garanties versées dans la limite des frais réels - exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), incluent la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ; - exprimées en euros, s'ajoutent à l'éventuelle part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
Hospitalisation médicale – chirurgicale – maternité (1)			
Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux (médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins)	100% BRSS	150% BRSS	225% BRSS (2)
Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux (médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins)(2)	100% BRSS	170% BRSS	500% BRSS
Forfait journalier hospitalier illimité Hôpital – Clinique – Service psychiatrique d'un établissement de santé	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais d'accompagnement (hors restauration)		25 €/nuit x 10 nuits pour enfant <ou =12 ans	Frais réels pour enfants mineurs
Frais de séjour et frais de salle d'opération	100% BRSS	125% BRSS	Frais réels
Chambre particulière (3)	50 €/jour	65 €/jour	Frais réels
Soins courants – Pharmacie pris en charge par la Sécurité sociale			
Consultations, visites généralistes et spécialistes conventionnés ou non conventionnés, actes techniques médicaux, actes de chirurgie en cabinet médical, actes d'imagerie et d'échographie (médecin n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins)	100% BRSS	125% BRSS	140% BRSS
Consultations, visites généralistes et spécialistes conventionnés ou non conventionnés, actes techniques médicaux, actes de chirurgie en cabinet médical, actes d'imagerie et d'échographie (médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins)(2)	100% BRSS	145% BRSS	160% BRSS
Auxiliaires médicaux – Sages-femmes Analyses et examens de laboratoires	100% BRSS	125% BRSS	180% BRSS
Frais de transport	100% BRSS	125% BRSS	130% BRSS
Médicaments (y compris homéopathie) pris en charge par la S.S.	100% BRSS	Frais réels	Frais réels
Petit appareillage – orthopédie	100% BRSS	125% BRSS	195% BRSS
Prothèses auditives	100% BRSS	125% BRSS	200% BRSS
Forfait cures thermales prises en charge par la S.S. (4)		250 €	500 €
Optique			
Équipement lunettes (verres +monture)(5) : Remboursement maximum par personne assurée, tous les 2 ans à partir de la dernière date d'acquisition de l'équipement optique ou annuellement, si une évolution de la vue le justifie ou si l'assuré est mineur	de 100 € à 200 € en fonction type de correction (6)	de 100 € à 200 € en fonction type de correction (6)	470 €
Lentilles y compris lentilles refusées par S.S. Remboursement maximal par an et par personne assurée	100 €	100 €	400 €
Plafond de remboursement optique (équipement lunettes et lentilles) par an et par personne assurée	300 €	300 €	650 €
Chirurgie réfractive – Forfait par an, par œil et par personne assurée			400 €
Dentaire			
Soins dentaires remboursés par S.S (y compris inlay-onlay)	125% BRSS	125% BRSS	140% BRSS
Prothèses dentaires prises en charge par la S.S.	125% BRSS	125% BRSS	280% BRSS
Prothèses dentaires non prises en charge par la S.S.			100% BRSS
Orthodontie acceptée par la S.S.	125% BRSS	150% BRSS	300% BRSS
Orthodontie refusée par la S.S. (restituée sur la base d'un TO 90 par semestre) – Plafond par an et par personne assurée			250 €
Actes hors nomenclature – Non pris en charge par S.S.			
Couronnes provisoires – par an et par personne assurée			30 €
Piliers Implantaires – par an et par personne assurée			200 €
Implant – par an et par personne assurée			520 €
Prevention et Médecine douce non prises en charge par la Sécurité sociale			
Ostéopathie –Chiropractie Plafond par an et par personne assurée			Forfait par acte 20 € 100 €
Vaccins prescrits	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Allocation natalité ou d'adoption –une seule allocation par contrat familial souscrit			
Pour un Assuré exerçant une activité médicale ou paramédicale libérale exclusivement	150 € (7)	500 €	1500 € (8)
Dans tous les autres cas	150 € (7)	250 € (7)	500 € (7)

La participation forfaitaire de 18 euros pour les actes coûteux (dont tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60) est remboursée intégralement

⁽¹⁾ Dans un établissement relevant de la loi hospitalière, public ou privé, conventionné ou non conventionné, y compris pour l'hospitalisation "de jour", dite ambulatoire.

⁽²⁾ Le médecin s'est engagé à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés dans le cadre de son adhésion au contrat d'accès aux soins.

⁽³⁾ L'Assurance Maladie rembourse sur la base des tarifs applicables au médecin de secteur 1.

⁽⁴⁾ Les remboursements pour les actes pratiqués par les médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins seront plafonnés à 200% de la BRSS à compter de 2017, contre 225% de la BRSS aujourd'hui.

⁽⁵⁾ Sauf affections psychiatriques

⁽⁶⁾ Cesse au 65^{ème} anniversaire de naissance de l'assuré

⁽⁷⁾ Équipement : Monture et verres

Le remboursement maximum par personne assurée inclut un plafond de 150 euros pour la monture et est variable en fonction des verres et du type de correction, classés de la façon suivante :

- Verre de "correction simple" : Verre 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

- Verre de "correction complexe" : Verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 - Verre multifocal ou progressif

- Verre de "correction très complexe" (équipement pour les plus de 18 ans) : Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00

⁽⁸⁾ Monture + 2 verres simples : 100 euros, Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe : 150 euros, Monture + 2 verres complexes : 200 euros, Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe : 150 euros, Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe : 200 euros, Monture + 2 verres très complexes : 200 euros

⁽⁷⁾ Doublié en cas de naissance ou d'adoption gémellaire

⁽⁸⁾ 12 mois de délai de carence. En cas de naissance ou d'adoption durant la période de carence, une allocation de 500 euros sera versée.