

	Taux sécurité sociale	Taux Sécurité sociale + mutuelle
Maladie - Médecine courante (dont soins externes) (3)		
Consultations, Visites Généralistes Si le médecin a adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)	70%/100%	150% BR
Consultations, Visites Généralistes Si le médecin n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)	70%/100%	130 %BR
Consultations, Visites Spécialistes, actes techniques et Actes de chirurgie Si le médecin a adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)	70%/100%	200% BR
Consultations, Visites Spécialistes, actes techniques et Actes de chirurgie Si le médecin n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)	70%/100%	170% BR
Radiologie, Echographie Si le médecin a adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)	70%/100%	125% BR
Radiologie, Echographie Si le médecin n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)	70%/100%	105% BR
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 18 € SUR LES ACTES >120 €	x	Oui
Auxiliaires médicaux	60%/100%	125% BR
Analyses médicales de biologie	60%/100%	125% BR
Pharmacie		
Médicaments pris en charge par le RO	15%/30%/65%	100% BR
Hospitalisations Médicales, Chirurgicales et Maternité en établissement conventionné y compris établissement médicaux sociaux(3)		
Honoraires, Chirurgiens, Anesthésistes Si le médecin a adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)	80%/100%	200% BR
Honoraires, Chirurgiens, Anesthésistes Si le médecin n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)	80%/100%	170%BR
Soins, Examens, Analyses, Frais de séjour, de salle, ...	80%/100%	100 % Frais Réels
Forfait Journalier Hospitalier illimité	X	Frais Réels
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 18 € SUR LES ACTES >120 €	X	Oui
Chambre Particulière	X	2% PMSS/jour
Fécondation In Vitro	X	3 % PMSS/acte
Frais d'accompagnement enfant moins 12 ans (lit + repas)	X	1% PMSS/jour
Hospitalisations Médicales, Chirurgicales et Maternité en établissement non conventionné(3)		
Honoraires, Chirurgiens, Anesthésistes Si le médecin a adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)	80%/100%	200% BR
Honoraires, Chirurgiens, Anesthésistes Si le médecin n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)	80%/100%	170% BR
Soins, Examens, Analyses, Frais de séjour, de salle, ...	80%/100%	90 % Frais Réels
Forfait Journalier Hospitalier illimité	X	Frais Réels
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 18 € SUR LES ACTES >120 €	X	Oui
Chambre Particulière	X	2% PMSS/jour
Frais d'accompagnement enfant moins 12 ans (lit + repas)	X	1% PMSS/jour
Hospitalisations Services Spécialisés		
Frais de séjour	80%/100%	100 % Frais Réels
Forfait journalier	X	Frais Réels
Transport		
Ambulance, taxi, SNCF... remboursés par le RO	65%/100%	100% BR
Dentaires		
Actes techniques, Chirurgie, Radiologie, Soins Dentaires inlays-onlays et Parodontologie acceptés SS	70%	200% BR
Prothèses Dentaires, inlay-core et Implants dentaires acceptés SS	70%	200% BR
Orthodontie prise en charge par le RO (1)	70%/100%	300% BR / semestre / bénéficiaire
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	X	10 % PMSS / acte
Implants dentaires (1)	X	15 % PMSS/implant/maxi 3 /an
Optique (1) (2)		
Forfait exprimé en euros comprenant le ticket modérateur et le montant de la monture = 150 euros maximum		
Monture avec deux verres simples	60%	300 €/bénéficiaire
OU Monture avec un verre simple et un complexe	60%	400 €/bénéficiaire
OU Monture avec un verre simple et un très complexe	60%	600 €/bénéficiaire
OU Monture avec deux verres complexes	60%	500 €/bénéficiaire
OU Monture avec un verre complexe et un très complexe	60%	650 €/bénéficiaire
OU Monture avec deux verres très complexe pour adulte	60%	700 €/bénéficiaire
ET Lentilles acceptées RO (1)	60%	3% PMSS/an/ bénéficiaire
ET Lentilles cornéennes non remboursées RO (1)	X	3% PMSS/an/ bénéficiaire
Chirurgie réfractive	X	15% PMSS / oeil
Appareillage, autres prothèses		
Prothèses orthopédique, autres Appareillages, fauteuil roulant acceptés RO	60%/100%	300 % BR
Prothèses auditives acceptées RO (par oreille par an)	60%	15 % PMSS
Prothèses, appareillage orthopédique et auditif non remboursés par le RO (1)	X	15% PMSS /an
Médecine douce (3)		
Ostéopathie, chiropractie et acupuncture (1)	X	1%PMSS/acte et maxi 3 % PMSS/an
Diététicien, nutritionniste et pédicure(1)	X	1%PMSS/acte et maxi 3 % PMSS/an
Actes et prescriptions non remboursables par le RO		
Pharmacie (sur facture du pharmacien et prescription médicale): homéopathie, phytothérapie (1)	x	2% PMSS / an / bénéficiaire
Pilule et autres contraceptifs (1)	x	3% PMSS / an / bénéficiaire
V accins (1)	x	2% PMSS / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique sur prescription médicale (1)	Forfait annuel SS	2 % PMSS / an
Actes de prévention		
Détartrage annuel	70%	100%
Actes de dépistage de l'Hépatite B	60%	100%
Assistance vie quotidienne (4)		
Aides ménagères en cas d'hospitalisation, services à la personne, Acheminement médicaments, école à domicile, frais médicaux à l'étranger Assistance Juridique, Médicale, Vie quotidienne, etc...	Just Assistance	Sur simple appel téléphonique inclus dans votre contrat

Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité Sociale. Les taux incluent le remboursement du Régime Obligatoire.

RO : Régime Obligatoire BR: Base de Remboursement PMSS plafond mensuel de la sécurité sociale : 3170 € pour 2015

(1) : L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (1), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, à compter de sa propre date d'affiliation, à savoir à compter de la

(2) : **Forfaits optiques** fixés pour une prise en charge sur un équipement complet (montures + verres) par périodes de deux ans pour les adultes et d'une année pour les enfants.

En cas d'évolution de la vue, la période est ramenée à une année pour l'adulte.

Si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, la prise en charge du ticket modérateur n'est pas limitée et le ticket modérateur est couvert systématiquement.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge

de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Pour la lecture de la présente grille de garanties :

Verre simple : verres simples 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 complexe : verres simples foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs

Verre très complexe : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries

(3) : Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, sont limités doublement de la manière suivante : limite de 100 % du tarif de responsabilité (125% pour les soins délivrés en 2015 et 2016) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité

(4) : Garantie assurée auprès de Garantie Assistance, SA au capital de 1.850.000€, entreprise régie par le code des assurances, RCS Paris n°312.512.493, siège sociale 38 rue de la Bruyère 75009 PARIS