

Prestations en complément de la Sécurité sociale (SS)	FORMULE DE BASE	FORMULE MEDIUM		FORMULE PREMIUM	
<b>HOSPITALISATION Y COMPRIS MATERNITÉ</b>					
Frais de séjour Établissements conventionnés	100 % des frais réels - SS	100 % des frais réels - SS			
Frais de séjour Établissements non conventionnés	90 % des frais réels - SS	90 % des frais réels - SS			
Honoraires Actes chirurgicaux (hors chirurgie dentaire)	100 % TM	DPTM*	NON DPTM*	DPTM*	NON DPTM*
		150% BR	100% BR	300%	100 % BR
Frais de chambre particulière		2,5% PMSS par jour soit 85,70 € y compris maternité		4% PMSS par jour soit 137,12 € y compris maternité	
Forfait hospitalier	100 % des frais réels	100 % des frais réels			
Frais d'accompagnement d'un enfant (-16 ans)		2% PMSS par jour soit 68,56 €		3% PMSS par jour soit 102,84 €	
Frais de transport pris en charge par la SS	100 % TM	100 % BR			
<b>DÉPENSES MÉDICALES COURANTES</b>					
Visites, consultations généralistes	100 % TM	DPTM*	NON DPTM*	DPTM*	NON DPTM*
Visites, consultations spécialistes		150% BR	100% BR	250% BR	100% BR
Radiologie					
Actes techniques médicaux, actes d'échographie					
Auxiliaires médicaux		150% BR		250% BR	
Analyses					
Spécialités médicales non prises en charge par la SS		Médecine douce (ostéopathie, chiropractie acupuncture, microkinésithérapie)			
		30 € par séance max. 4 actes par an et par personne pour l'ensemble du poste		50 € par séance max. 4 actes par an et par personne pour l'ensemble du poste	
		Consultation diététique (-12 ans) : 28 € par an et par enfant			
<b>PHARMACIE</b>					
Médicaments pris en charge par la SS Carte tiers-payant accordée	100 % TM	100 % TM			
Vaccins non remboursés par la SS mais prescrits par un médecin		25 € par an et par bénéficiaire		50 € par an et par bénéficiaire	
Pharmacie non prise en charge par la SS sur prescription médicale		25 € par an et par bénéficiaire		50 € par an et par bénéficiaire	
Sevrage tabagique		50 € par an et par bénéficiaire		50 € par an et par bénéficiaire	
<b>MATÉRIEL MÉDICAL</b>					
Appareillage, prothèses médicales et orthopédiques (hors optique, dentaire et aides auditives)	100% TM	150% BR		250% BR	
<b>AIDE AUDITIVE (prise en charge par la Sécurité Sociale)</b>					
Equipements 100% Santé (dits de Classe I)	<b>100% des frais réels sous déduction des prestations de la SS, limités aux Prix Limites de Vente (PLV)</b>				
Appareil de Classe II	100% TM	100% TM + 350 € par prothèse		100% TM + 500 € par prothèse	
Consommables, piles ou accessoires pris en charge par la SS		100% TM		100% TM	
<b>MATERNITÉ</b>					
Forfait naissance		10 % PMSS, soit 342,80 €		15 % PMSS, soit 514,20 €	
<b>CURE THERMALE (acceptée par la Sécurité sociale)</b>					
Frais médicaux Frais de séjour et de transport		100% des frais réels sous déduction des prestations de la SS dans la limite de 10% PMSS, soit 342,80 €		100% des frais réels sous déduction des prestations de la SS dans la limite de 15% PMSS, soit 514,20 €	

Prestations en complément  
de la Sécurité sociale (SS)

	FORMULE DE BASE	FORMULE MEDIUM	FORMULE PREMIUM
<b>DENTAIRE</b>			
Soins et prothèses 100% Santé	<b>100% des frais réels sous déduction des prestations de la SS, limités aux Honoraires Limites de Facturation (HLF)</b>		
Soins (hors 100% Santé) :			
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire)	125 % BR	300 % BR	500 % BR
Prothèses (hors 100% Santé) :			
Prothèses dentaires remboursées par la SS (prothèses, inlays, onlays, inlay-core)»			
Tarif limité	125% BR - SS limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF)	300% BR - SS limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF)	500% BR - SS limité aux Honoraires Limites de Facturation (HLF)
Tarif libre	125 % BR	300 % BR	500 % BR
Prothèses non prises en charge par la SS	9% du PMSS, soit 308,52 € par an et par bénéficiaire	15 % du PMSS soit 514,20 € par an et par bénéficiaire	30 % du PMSS soit 1028,40 € par an et par bénéficiaire
Actes de parodontologie :			
Pris en charge par la SS	125 % BR	300 % BR	500 % BR
Non pris en charge par la SS		75 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire
Orthodontie :			
Pris en charge par la SS	125 % BR	200 % BR	300 % BR
Non pris en charge par la SS		200 % BR reconstituée	300 % BR reconstituée
Implantologie :			
Pris en charge par la SS (prothèse sur implant et chirurgie sur implant)	125 % BR	200 % BR	300 % BR
Non pris en charge par la SS (implant et support de prothèse)	50 € par implant	200 € par implant	300 € par implant
<b>OPTIQUE</b>			
Limites de consommation : Les limites s'entendent à compter de la date d'achat du dernier équipement. - Adulte et enfant de + de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans, ramené à 1 équipement par an en cas d'évolution de défaut visuel - Enfant de - de 16 ans : 1 équipement tous les ans			
Equipelement 100% Santé : Monture + Verres de Classe A»	<b>100% des frais réels sous déduction des prestations de la SS, limités aux Prix Limites de Vente (PLV)</b>		
Equipelement optique de Classe B : Monture + Verres de Classe B			
(a) Par équipement à verres à 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	100 € par équipement	150 € par équipement	200 € par équipement
(b) Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 € par équipement	200 € par équipement	300 € par équipement
(c) Par équipement à verres à simple 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	200 € par équipement	300 € par équipement	600 € par équipement
(d) Par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	150 € par équipement	200 € par équipement	300 € par équipement
(e) Par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 € par équipement	300 € par équipement	600 € par équipement
(f) Par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la phère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère ets hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries	200 € par équipement	300 € par équipement	600 € par équipement
<b>Pour l'application des montants indiqués ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 €.</b>			
Lentilles prises en charge par la SS Lentilles non prises en charge par la SS y compris jetables mais prescrites médicalement	3% PMSS, soit 102,84 €	5% PMSS, soit 171,40 €	7% PMSS, soit 239,96 €
Chirurgie réfractive non prise en charge par la SS		7 % PMSS, soit 239,96 € pour chaque œil et par an	10 % PMSS, soit 342,80 € pour chaque œil et par an
<b>ASSISTANCE</b>			
Accompagnement en cas de problème de santé : aide ménagère, garde d'enfants, soutien scolaire, etc.	INCLUS 7j/7 et 24h/24 Téléphone : 01 41 85 92 34		
<b>ACTES DE PRÉVENTION</b>			
En application de l'article R. 871-2 I du Code de la Sécurité sociale			