

TABLEAU DE GARANTIES SANTE

Confort

Vous avez souscrit à la Formule **CONFORT**, qui vous permet de bénéficier des prestations de base adaptées aux dernières dispositions législatives et réglementaires du contrat responsable ⁽¹⁾ (CONFORT RESPONSABLE), auxquelles s'ajoutent des prestations complémentaires qui viennent renforcer votre couverture sur certains postes (CONFORT NON RESPONSABLE).
Vous pouvez retrouver le niveau global des prestations de votre formule dans la colonne TOTAL.

	REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE	CONFORT RESPONSABLE	CONFORT NON RESPONSABLE	TOTAL
HOSPITALISATION ⁽³⁾				
Séjours conventionnés	80% BR	100% FR	-	100% FR
Séjours non conventionnés ⁽⁴⁾	80% BR	80% FR dans la limite de 200% BR	-	80% FR dans la limite de 280% BR
Honoraires :				
- Praticien non OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾	80% BR	120% BR	+ 380% BR	580% BR
- Praticien OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾	80% BR	100% FR dans la limite de 500% BR	-	100% FR dans la limite de 580% BR
Chambre particulière (maternité comprise) (par jour)	-	3,5% PMSS (soit 115,89 €)	-	3,5% PMSS (soit 115,89 €)
Forfait journalier	-	100% FR	-	100% FR
Lit d'accompagnant (par jour) (- de 16 ans et - 20 ans pour les handicapés)	-	1,5% PMSS (soit 49,67 €)	-	1,5% PMSS (soit 49,67 €)
SOINS COURANTS				
Consultations, visites généralistes :				
- Praticien non OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾	70% BR	130% BR	+ 120% BR	320% BR
- Praticien OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾	70% BR	250% BR	-	320% BR
Consultations, visites spécialistes :				
- Praticien non OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾	70% BR	130% BR	+ 170% BR	370% BR
- Praticien OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾	70% BR	300% BR	-	370% BR
Actes de spécialités, chirurgie, technique médicale :				
- Praticien non OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾	70% BR	130% BR	+ 170% BR	370% BR
- Praticien OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾	70% BR	300% BR	-	370% BR
Psychologue (par bénéficiaire et pour un enfant moins de 18 ans)	-	20€ / séance (dans la limite de 5 séances / an)	-	20€ / séance (dans la limite de 5 séances / an)
Psychomotricien (par bénéficiaire)	-	40€ / séance (dans la limite de 5 séances / an)	-	40€ / séance (dans la limite de 5 séances / an)
Auxiliaires médicaux	60% BR	300% BR	-	360% BR
Analyses	60%, 70% BR	300% BR	-	Jusqu'à 370% BR
Radiologie :				
- Praticien non OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾	70% BR	130% BR	+ 170% BR	370% BR
- Praticien OPTAM / OPTAM-CO ⁽²⁾	70% BR	300% BR	-	370% BR
Pharmacie	15%, 30%, 65%, 100% BR	TM	-	100% BR
Médicaments non remboursables par le RO (par an et par bénéficiaire)	-	40 €	-	40 €
MEDECINE DOUCE				
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, diététicien, étiope, naturopathe, acupuncteur (par bénéficiaire)	-	45 € / séance (dans la limite de 3 séances / an)	-	45 € / séance (dans la limite de 3 séances / an)
DENTAIRE				
Soins dentaires	70% BR	300% BR	-	370% BR
Inlays, onlays	70% BR	350% BR	-	420% BR
Orthodontie acceptée par le RO	70% - 100% BR	300% BR	-	Jusqu'à 400% BR
Orthodontie non acceptée le RO (par an et par bénéficiaire)	-	6,5% PMSS (soit 215,22 €)	-	6,5% PMSS (soit 215,22 €)
Prothèses prises en charge par le RO	70% BR	400% BR	-	470% BR
Inlays cores	70% BR	150% BR	-	220% BR
Parodontologie non remboursée par le RO (par an et par bénéficiaire)	-	6,5% PMSS (soit 215,22 €)	-	6,5% PMSS (soit 215,22 €)
Implantologie (par implant, dans la limite de 2 / an / bénéficiaire) ⁽⁵⁾	-	23% PMSS (soit 761,53 €)	-	23% PMSS (soit 761,53 €)
Plafond de remboursement annuel par bénéficiaire ⁽⁶⁾	-	82,5% PMSS (soit 2 731,58 €) les deux premières années et 115% PMSS (soit 3 807,65 €) les années suivantes		
AUTRES PROTHESES ET APPAREILLAGES				
Orthopédie, appareils auditifs, appareillages et accessoires médicaux	60% BR	400% BR	-	460% BR
OPTIQUE				
		Limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue	Limité à un équipement (2 verres + 1 monture) par an	Limité à un équipement (2 verres + 1 monture) par an
LUNETTES ACCEPTÉES - ENFANTS JUSQU'À 12 ANS INCLUS				
Equipement simple (2 verres + 1 monture) : monture seule ou monture + verres ou verres seuls ⁽⁷⁾	60% BR	6,5% PMSS (soit 215,22 €) dans la limite de 150€ pour la monture seule ⁽⁷⁾	-	Remboursement RO + 6,5% PMSS (soit 215,22 €) dans la limite des FR ⁽⁷⁾
Equipement complexe (2 verres + 1 monture) : monture seule ou monture + verres ou verres seuls (La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150€) ⁽⁷⁾	60% BR	9% PMSS (soit 297,99 €) dans la limite de 150€ pour la monture seule ⁽⁷⁾	-	Remboursement RO + 9% PMSS (soit 297,99 €) dans la limite des FR ⁽⁷⁾
LUNETTES ACCEPTÉES - ADULTES ET ENFANTS DE PLUS DE 12 ANS ⁽⁸⁾				
Monture seule	60% BR	4,5% PMSS (soit 149,00 €)	+ 0,5% PMSS (soit 16,56 €)	Remboursement RO + 5% PMSS (soit 165,55 €) dans la limite des FR
Verres unifocaux (correction entre -4 et +4)	60% BR	5% PMSS (soit 165,55 €)	-	Remboursement RO + 5% PMSS (soit 165,55 €) dans la limite des FR
Verres unifocaux (correction supérieure à +4)	60% BR	6,5% PMSS (soit 215,22 €)	-	Remboursement RO + 6,5% PMSS (soit 215,22 €) dans la limite des FR
Verres multifocaux (correction entre -8/+8)	60% BR	13% PMSS (soit 430,43 €)	-	Remboursement RO + 13% PMSS (soit 430,43 €) dans la limite des FR
Autres verres multifocaux (hors zone -8/+8)	60% BR	20% PMSS (soit 662,20 €)	-	Remboursement RO + 20% PMSS (soit 662,20 €) dans la limite des FR
Lentilles acceptées ou refusées par le RO	60% BR	10% PMSS (soit 331,10 €)	-	Remboursement RO + 10% PMSS (soit 331,10 €) dans la limite des FR
Plafond de remboursement annuel par bénéficiaire ⁽⁶⁾	-	18% PMSS (soit 595,98 €)	-	18% PMSS (soit 595,98 €)
Chirurgie réfractive (par an et par œil)	-	15% PMSS (soit 496,65 €)	-	15% PMSS (soit 496,65 €)

TABLEAU DE GARANTIES SANTE
Confort

	REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE	CONFORT RESPONSABLE	CONFORT NON RESPONSABLE	TOTAL
TRANSPORT				
Transport accepté par le RO	65% BR	TM	-	100% BR
MATERNITE				
Forfait naissance ou adoption ⁽⁹⁾	-	10% PMSS (soit 331,10 €)	-	10% PMSS (soit 331,10 €)
Dépassement d'honoraires	-	Pendant la période de grossesse ainsi qu'en cas d'accouchement par césarienne, les dépassements d'honoraires sont couverts au titre des garanties prévues par chaque poste. Les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge en cas d'accouchement par voie basse.		
CURE				
Cure thermale acceptée par le RO ⁽¹⁰⁾ (par an et par bénéficiaire)	70% BR	23% PMSS (soit 761,53 €)	-	Remboursement RO + 23% PMSS (soit 761,53 €) dans la limite des FR
PREVENTION ET AUTRES SOINS				
Sevrage tabagique: patch, gomme... (par an et par bénéficiaire)	-	50 €	-	50 €
Pilules contraceptives (par an et par bénéficiaire)	-	50 €	-	50 €
Vaccin anti grippe (1 par an et par bénéficiaire)	-	100% FR	-	100% FR
Actes de prévention pris en charge par le RO ⁽¹¹⁾	-	Pris en charge	-	Pris en charge
Forfait ostéodensitométrie non remboursé par le RO (par an et par bénéficiaire)	-	150 €	-	150 €
Autres actes remboursés par le RO ⁽¹²⁾	-	TM	-	100% BR
SERVICES				
Assistance* Une assistance accessible 24H/24 et 7J/7	-	<ul style="list-style-type: none"> - Des services de confort en cas d'accident, d'hospitalisation ou d'immobilisation: déplacement au chevet d'un proche, aide ménagère, garde-malade, livraison de courses, livraison de médicaments, garde d'enfants, conduite à l'école et retour au domicile, soutien scolaire, conseils médicaux, transport des animaux domestiques... - Des services d'information: assistance téléphonique, plateforme de conseils santé, aide juridique, services en ligne, aide et formalités "obsèques"... - Des services "plus" en cas de décès, maladie ou accident corporel: transport sanitaire, rapatriement, prise en charge du voyage et rapatriement du défunt vers le lieu d'inhumation en France, frais d'hébergement... - Des prestations pour les enfants malades: répétiteur scolaire, garde au domicile de l'enfant malade; - Une Aide aux aidants: garde des personnes à charge, transfert des personnes à charge, prise en charge et organisation du transport aller- retour d'un proche. <p>*Les prestations d'assistance sont soumises à conditions. Pour plus de détails, vous pouvez consulter la Notice d'Informations</p>		
Assistance spéciale Chef d'Entreprise	-	Solution de mobilité en cas de reprise partielle d'activités Assistance à la reconversion professionnelle Accompagnement budgétaire et Conseil social		
Réseau de soins	-	Carte Blanche (Optique, Dentaire et Audioprothèses)		

Les prestations sont versées dans la limite des dispositions prévues aux conditions générales.

Document non contractuel. Les montants sont calculés par rapport aux remboursements effectués par rapport à la base de remboursement du Régime Obligatoire connue en date du 01/04/2015, hors Alsace-Moselle. Les garanties indiquées dans les colonnes portant la notion «Responsable» et «Non Responsable» sont exprimées en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire. Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré.

RO : Régime Obligatoire - FR : Frais réels - BR : Base de Remboursement - TM : Ticket Modérateur

PMSS 2018 : 3 311 €

(1) Contrat Responsable : le contrat respectant les obligations visées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses différents textes d'application.

(2) Depuis le 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) a été remplacé par le dispositif de l'Option tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'Option tarifaire maîtrisée Chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO). Ce dispositif est destiné aux médecins de secteur 2 et par l'OPTAM CO applicable aux spécialistes en chirurgie ou gynécologie-obstétrique, qui a pour objectif de maîtriser les dépassements d'honoraires.

Les remboursements des actes pratiqués par un médecin signataire de l'OPTAM ou OPTAM-CO sont identiques à ceux des actes qui étaient pratiqués par un médecin signataire du CAS.

La liste des praticiens concernés est consultable sur ameli-direct.fr.

(3) Les séjours (frais de séjour, hébergement et honoraires) et la chambre particulière en établissement psychiatrique, de repos ou spécialisé sont pris en charge tels que définis dans le tableau de garanties dans la limite de 90 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà de 90 jours, la prise en charge est limitée au remboursement du TM.

(4) Les actes non conventionnés : le remboursement des actes dispensés par un médecin n'ayant pas signé de convention avec l'assurance maladie française est effectué sur la base du tarif d'autorité, fixé par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale, égal à 16% de la base de remboursement.

(5) L'implantologie = implant + pilier + couronne sur implant si non prise en charge par le RO + soins de parodontologie liés à la pose de l'implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire.

(6) Pour les plafonds dentaires et optiques (hors verres multifocaux hors zone), les plafonds s'entendent par année civile. En cas de dépassement du plafond, le remboursement est limité au TM.

(7) La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150€.

(8) Le remboursement d'un équipement mixte s'obtient en additionnant le forfait monture seule ainsi que la moitié du forfait verre unifocal et la moitié du forfait verre multifocal, correspondant à la correction optique de l'assuré.

(9) Forfait doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

(10) Hors frais de transport.

(11) Les actes de prévention pris en charge par le RO sont les actes tel que le scellement de sillons, le détartrage annuel sus et sous-gingival, ou encore la vaccination comme le DTP.

(12) Le remboursement du RO sera fonction de la nature de l'acte.