

	ÉCO	INITIAL 100	EQUILIBRE 150	OPTIMAL 200	HOSPITALISATION
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ⁽¹⁾					
• Soins, actes et honoraires hospitaliers	100%BR	100%BR	150%BR	200%BR	250%BR
• Frais de séjour	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Chambre particulière, par jour et par bénéficiaire (limitée en séjours spécialisés, psychiatriques et neuro-psychiatriques)	—	—	35 €	50 €	50 €
• Lit d'accompagnant, par jour et par bénéficiaire (limité à 10 jours par année civile et par bénéficiaire)	—	—	15€	20 €	15€
• Services spécialisés, limités à 30 jours par année civile et par bénéficiaire	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR
• Hospitalisation psychiatrique, limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR
• Transport	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR
SOINS COURANTS ET PHARMACIE					
• Pharmacie					
- Vignettes Blanches	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR	—
- Vignettes Bleues	35%BR	100%BR	100%BR	100%BR	—
- Vignettes Oranges	15%BR	100%BR	100%BR	100%BR	—
• Honoraires médicaux, notamment consultations/visites/actes techniques médicaux (dans le cadre du Parcours de Soins)	100%BR	100%BR	150%BR	200%BR	—
• Auxiliaires médicaux, analyses, radiologie	100%BR	100%BR	150%BR	200%BR	—
• Prothèses médicales (dont prothèses auditives)	100%BR	100%BR	150%BR	200%BR	—
REMBOURSEMENTS OPTIQUES					
• Forfait optique, par année civile et par bénéficiaire (Monture, verres et lentilles remboursées ou non)	100% BR	100%BR + complément de 105€	100%BR + complément de 150€	100%BR + complément de 200€	—
• Opération de la vision au laser (montant par année civile et par bénéficiaire)	—	—	100€/œil	150€/œil	—
REMBOURSEMENTS DENTAIRES					
• Soins dentaires	100%BR	100%BR	150%BR	200%BR	—
• Prothèses dentaires	100%BR	100%BR	150%BR	200%BR	—
• Orthodontie	—	150%BR	200%BR	250%BR	—
AUTRES PRESTATIONS					
• Forfait Naissance / Adoption	—	—	100€/enfant	150€/enfant	—
• Actes de prévention ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	—
• Soins inopinés à l'étranger	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	—
• Assistance	incluse	incluse	incluse	incluse	incluse
• Tiers-Payant	si option "Extension Pharmacie" souscrite	inclus	inclus	inclus	—
OPTION EXTENSION PHARMACIE ⁽³⁾					
• Vignettes Bleues et Oranges	100% BR	—	—	—	—
OPTION EXTENSION ⁽⁴⁾ : Vos garanties de base sont augmentées sur les frais médicaux suivants et atteignent les taux de remboursement indiqués ci-après :					
• Soins, actes et honoraires hospitaliers	—	125%BR	175%BR	250%BR	—
• Honoraires médicaux	—	125%BR	175%BR	250%BR	—
• Optique médicale	—	125%BR	175%BR	250%BR	—
• Prothèses dentaires (remboursement si réalisation d'une visite de contrôle avant utilisation de la garantie)	—	125%BR	175%BR	250%BR	—
OPTION PLUS : En choisissant cette option, vous disposerez des garanties supplémentaires suivantes (par bénéficiaire et par année civile) :					
• Cures thermales médicalement prescrites	—	100 €	100 €	200 €	—
• Garantie soins du dos (Ostéopathes et chiropracteurs) 3 séances maximum (toutes séances confondues)	—	20€/séance	30€/séance	30€/séance	—
• Médicaments prescrits non remboursés ⁽⁵⁾	—	35 €	35 €	50 €	—

[1] Dont Hospitalisation à domicile (soins de suite). **[2]** Exemples d'actes de prévention : détartrage dentaire annuel, dépistage de l'hépatite B etc... **[3]** Le pourcentage indiqué dans le tableau comprend le remboursement du niveau de base choisi, celui-ci incluant le remboursement du Régime Obligatoire. **[4]** Si vous choisissez l'option "Extension", les postes soins, actes et honoraires hospitaliers, honoraires médicaux, prothèses dentaires et optique médicale seront majorés (hors niveau ÉCO). Ces pourcentages, indiqués dans le tableau pour les postes concernés par l'option Extension, comprennent le remboursement du niveau de base choisi, celui-ci incluant le remboursement du Régime Obligatoire. **[5]** Exemple de médicaments prescrits non remboursés : pilule contraceptive 3ème génération.

Tous les pourcentages sont exprimés en fonction de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire, y compris les remboursements de celui-ci et les éventuels montants non remboursables selon la Loi n° 2004-810 du 13 Août 2004 relative à l'Assurance Maladie ainsi que ses Décrets (Participation Forfaitaire, Franchises Médicales, majoration de participation et dépassements d'honoraires en cas de non respect du Parcours de Soins). Le total des remboursements complémentaires, du régime obligatoire et les prestations non prises en charge au titre du présent contrat tel que défini ci-dessus ne peut excéder les frais justifiés réellement engagés.

Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon la formule et option(s) souscrite(s), les clauses et conditions du Contrat.

Vous pouvez consulter les différentes Bases de Remboursement en vigueur sur le site www.ameli.fr.

