

# Le tableau des prestations

	Niveau <b>100 Essentiel</b>	Niveau <b>100</b>	Niveau <b>150</b>	Niveau <b>180</b>
<b>Les soins hors hospitalisation</b>				
▪ PHARMACIE	100 %	100 %	100 %	100 %
▪ HONORAIRES MEDICAUX	100 %	100 %	150 %	180 %
▪ AUXILIAIRES MÉDICAUX	100 %	100 %	100 %	100 %
▪ ANALYSES	100 %	100 %	150 %	180 %
▪ RADIOLOGIE	100 %	100 %	150 %	180 %
▪ PROTHÈSE MÉDICALE	100 %	100 %	150 %	180 %
▪ OPTIQUE MÉDICALE (verres, montures et lentilles) (opération correctrice de la myopie ou optique médicale, par année civile et par assuré)	100 %	100 % + Complément de 80 euros	150 % + Complément de 170 euros	180 % + Complément de 255 euros
▪ SOINS DENTAIRES	100 %	100 %	150 %	180 %
▪ PROTHÈSES DENTAIRES (plafonnées par année civile et par assuré)	100 %	180 % 150 euros la première année 300 euros la deuxième année 600 euros les années suivantes	180 % 300 euros la première année 600 euros la deuxième année 1 200 euros les années suivantes	180 % 460 euros la première année 900 euros la deuxième année 1 800 euros les années suivantes
▪ ORTHODONTIE (+ complément par année civile et par assuré)	100 %	100 %	180 % + complément de 80 euros remboursement plafonné à 250 euros par année civile et par assuré la 1 <sup>ère</sup> année uniquement.	180 % + complément de 100 euros remboursement plafonné à 300 euros par année civile et par assuré la 1 <sup>ère</sup> année uniquement.
▪ VACCIN ANTIGRIPE (non pris en charge par le Régime Obligatoire)	Néant	Garanti (plafond 19 euros)	Garanti (plafond 19 euros)	Garanti (plafond 19 euros)
▪ CURE THERMALE	100 %	100 %	100 %	100 %
▪ FORFAIT NAISSANCE	Néant	140 euros	180 euros	200 euros
▪ GARANTIES ASSISTANCE	Incluses	Incluses	Incluses	Incluses
<b>L'hospitalisation en établissement conventionné</b>				
▪ SOINS, ACTES ET HONORAIRES HOSPITALIERS	100 %	100 %	150 %	200 %
▪ FRAIS DE SÉJOURS	100 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels
▪ FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
▪ CHAMBRE PARTICULIÈRE	Non remboursée	Non remboursée	30 euros par jour	50 euros par jour
▪ LIT D'ACCOMPAGNEMENT	Non remboursé	Non remboursé	15 euros par jour	15 euros par jour
▪ TRANSPORTS AMBULANCE	100 %	100 %	100 %	100 %

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.