

### FORMULE 3

Sous déduction des prestations de la Sécurité sociale

#### Soins courants

#### TAUX SÉCURITÉ SOCIALE

		70% BR	150% BR
<b>Honoraires médicaux</b>			
Consultations / visites généralistes et spécialistes	Médecins adhérents à un DPTAM	70% BR	150% BR
	Médecins non adhérents à un DPTAM	70% BR	130% BR
Actes techniques médicaux	Médecins adhérents à un DPTAM	70% BR	150% BR
	Médecins non adhérents à un DPTAM	70% BR	130% BR
Honoraires paramédicaux		60% BR	100% BR
Analyses médicales et examens de laboratoire		60% ou 70% BR	100% BR
Actes d'imagerie médicale et échographie		70% BR	100% BR
<b>Médicaments</b>			
Remboursés à 65% par la Sécurité sociale		65% BR	100% BR
Remboursés à 30% par la Sécurité sociale		30% BR	100% BR
Remboursés à 15% par la Sécurité sociale		15% BR	100% BR
<b>Matériel médical</b>			
Appareillage		60% BR	170% BR
Prothèses mammaires		60% ou 100% BR	100% BR + 76.50€ / prothèse
Prothèses capillaires classe 1 ou accessoires		100% BR	Intégral Sécurité sociale
Prothèses capillaires classe 2 ou accessoires		100% BR	76.50€ / prothèse ou accessoires dans la limite des PLV
Autres prothèses capillaires ou accessoires		60% BR	100% BR + 76.50€ / prothèse ou accessoires dans la limite des PLV

#### Hospitalisation et maternité

		80% BR	150% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux	Médecins adhérents à un DPTAM	80% BR	150% BR
	Médecins non adhérents à un DPTAM	80% BR	130% BR
Forfait journalier hospitalier (11)		-	Intégral
Forfait actes lourds		-	Frais réels / acte
Frais de séjour, durée illimitée		80% BR	100% BR
Frais de transport		65% BR	100% BR
Chambre particulière en établissement conventionné, court séjour MCO (11)		-	57€/jour
Chambre particulière en établissement non conventionné, court séjour MCO (11)		-	55€/jour
Chambre particulière en établissement conventionné, soins de suite et réadaptation (11)		-	29€/jour
Chambre particulière en établissement non conventionné, soins de suite et réadaptation (11)		-	27€/jour
Frais d'accompagnement (hébergement et repas), court séjour (11)		-	38.50€ / jour (enfants ayants droit < 10 ans et handicapés ayants droit < 21 ans)
Frais d'accompagnement (hébergement et repas), soins de suite et réadaptation (9)		-	25€ / jour (enfants ayants droit < 10 ans et handicapés ayants droit < 21 ans)
Forfait TV - franchise absolue de 2 jours (11)		-	7€ / jour (max 10 jours)
Complément de forfait hospitalisation (11) (12)		-	720€ (max 16€ / jour)

#### Dentaire

<b>Soins et prothèses du panier 100% Santé*</b>			
Soins et prothèses 100% Santé		70% BR	Intégral
<b>Soins à tarifs maîtrisés ou libres</b>			
Soins dentaires, Inlays-Onlays		70% BR	100% BR
<b>Prothèses à tarifs maîtrisés ou libres</b>			
Couronne sur dent visible (3)		70% BR	458% BR
Couronne sur dent non visible (3)		70% BR	278% BR
Couronne provisoire sur dent visible (3)		70% BR	58.88€ / prothèse (4)
Prothèse amovible provisoire remboursée par la Sécurité sociale		70% BR	100% BR + 100€ / prothèse
Autres prothèses remboursées par la Sécurité sociale		70% BR	284% BR
<b>Soins et prothèses non remboursés par la Sécurité sociale</b>			
Implantologie (max 1 implant / an)		-	600€
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale		-	200€ / an
<b>Orthodontie</b>			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100% BR	464.40€ / semestre
Soins orthodontiques, autres actes liés à l'orthodontie (examen, surveillance, contention) remboursés par la Sécurité sociale		70% BR	240% BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (5)		-	193.50€ / semestre
Complément de forfait pour tous soins, prothèses et orthodontie - sur facture		Néant, 70% ou 100% BR	152€ / an

### FORMULE 3

Sous déduction des prestations de la Sécurité sociale

#### Optique

TAUX SÉCURITÉ SOCIALE

Equipements du panier 100% Santé*			
Monture et verres		60% BR	Intégral
Prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	C		16 ans et plus : 1 équipement / 2 ans (4) Moins de 16 ans : 1 équipement / an (4)
Equipements du panier libre			
Monture (7)	Renouvellement de l'équipement (monture + 2 verres) : 16 ans et plus : 1 équipement / 2 ans (6) Moins de 16 ans : 1 équipement / an (6)	60% BR	84€
Par verre unifocal simple A (8)		60% BR	Forfait de 90€ à 98€ / verre (9)
Par verre unifocal complexe B (8)		60% BR	Forfait de 102€ à 147€ / verre (9)
Par verre multifocal ou progressif complexe B (8)		60% BR	Forfait de 137€ à 152€ / verre (9)
Par verre multifocal ou progressif très complexe B (8)		60% BR	Forfait de 152€ à 275€ / verre (9)
Suppléments optiques		60% BR	Voir tableau
Prestation d'adaptation		60% BR	100% BR
Matériel pour amblyopie		60% BR	100% BR
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale		60% BR	100% BR + 160€ / an
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale			
Chirurgie réfractive		-	230€ / oeil / an

#### Aides auditives

Equipements 100% Santé*			
Aides auditives		60% BR	Intégral 1 aide auditive / oreille / 4 ans (10)
Aides auditives à tarifs libres			
Aides auditives (renouvellement de l'équipement : 1 aide auditive / oreille / 4 ans (10))		60% BR	100% BR + 460€ / an
Accessoires (dont piles)		60% BR	100% BR + 45€ / an

#### Cures thermales

Honoraires médicaux		70% BR	100% BR
Forfait thermal, hébergement, transport		65% BR	100% BR
Frais de séjour		65% BR	100% BR

#### Prévention et bien-être

Médecine douce : ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, étiothérapie, diététicien, homéopathie		-	100€ / an (3 forfaits de 15€ / séance)
Consultation psychothérapeutes, psychomotricien, ergothérapeutes		-	40€ / an (3 séances max / an)
Consultation psychologues		-	60€ / an (4 séances max / an)
Substituts nicotiniques (2)		Néant ou 65%	Néant ou 100% BR + 50€
Vaccins, injections et buvables (yc voyages à l'étranger) - sur facture		-	15€ / an
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale		-	50€ / an
Consultations troubles du sommeil avec le réseau Morphée (Ile de France uniquement)		70% BR	+160% BR DPTAM +100% non DPTAM dans la limite de 2 consultations / an
Tous actes de prévention (liste de l'arrêté du 08/06/2006)		60% ou 65% ou 70% BR	100% BR
Forfait bilan nutrition		-	20€ / an
Activité physique adaptée - sport sur ordonnance		-	60€ / an
Semelles orthopédiques		60% BR	150€ / an
Protections hygiéniques		-	20€ / an
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale		70% BR	100% BR

#### Prévoyance

Maintien de salaire en cas d'ITT		-	inclus
Allocation obsèques (1 500€)		-	inclus
Décès / PTIA garantie de gase (1 000€)		-	inclus
Décès / PTIA complémentaire (e 7 400€ à 71 600€)		-	Facultatif
Maintien des primes et indemnités en cas d'ITT		-	Facultatif
Garantie jour de carence		-	Facultatif
Indemnités journalières en cas d'hospitalisation		-	Facultatif

\* Les paniers 100% Santé vous permettent d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en optique, dentaire et aides auditives.. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers 100% Santé, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi sur les paniers à prix libres et dans la limite des Prix Limites de Ventes (PLV) et dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) pour les tarifs 100% santé et maîtrisés en dentaire fixés par la réglementation en vigueur. Pour plus d'informations concernant les prestations incluses dans ces paniers, consulter le «complément Dentaire», le «complément Optique» et le «complément Aides auditives » ci-après.

- (1) En cas d'exonération du ticket modérateur, le taux de remboursement de la Sécurité sociale est égal à 100 % BR.
- (2) Les substituts nicotiniques, s'ils sont prescrits et figurent sur la liste des substituts nicotiniques pris en charge, sont remboursés par la Sécurité sociale à hauteur de 65 % BR.
- (3) Dents visibles : incisives, canines, 1ères prémolaires et 2èmes prémolaires. Dents non visibles : molaires
- (4) Versement systématique du ticket modérateur si la base de remboursement de la Sécurité sociale est supérieure au montant de remboursement indiqué
- (5) Prise en charge de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale correspondant au traitement rejeté par celle-ci bien que médicalement justifié et commencé avant le 14ème anniversaire et poursuivi de façon interrompue.
- (6) Le remboursement optique de la Sécurité sociale et de la mutuelle est limité à un équipement par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu dans la liste figurant à l'article L. 165 -1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue pour lesquels la période est réduite à un an, et pour les enfants de moins de 6 ans, où la période est réduite à 6 mois.  
La justification d'une évolution de la vue se fonde sur la présentation, soit d'une nouvelle prescription portant une correction différente de la précédente, soit du devis ou de la facturation de l'opticien précisant la nouvelle correction en cas de renouvellement de lunettes.  
Les conditions de renouvellement pour la prise en charge de 2 équipements par période de 2 ans pour les personnes qui souhaitent un équipement de près et un équipement de loin s'appliquent à chacun des équipements séparément.  
L'application du renouvellement s'apprécie à compter de la date de la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).  
Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.  
Pour plus d'informations, se reporter au «complément Optique»
- (7) (Plafond de 100€ pour la monture ou plafond de 30€ si achat d'une monture 100% santé
- (8) Pour consulter la définition des catégories de verres, planchers et plafonds applicables se reporter au «complément optique»
- (9) Détail des forfaits par type de verre, se reporter au «complément optique»
- (10) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- (11) Visé à l'article L174-4 du CSS durée illimitée. Sont exclus les frais d'hospitalisation long séjour facturés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).
- (12) Complément de forfait de 720 € versé à concurrence de 16 € par jour d'hospitalisation. Cette somme est versée y compris en cas de maternité. Les frais concernés sont : frais de séjour, différence sur le tarif de la chambre particulière, frais d'accompagnement, frais d'hébergement, médicaments non pris en charge et frais annexes (thermomètre, eau).