



VOS DÉPENSES DE SANTÉ	EC1	EC2	EC3	EC4	EC5	EC6
<b>HOSPITALISATION (Y COMPRIS EN MATERNITÉ)</b>						
Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique conventionnée ou hôpital public	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour hospitalisation chirurgicale et médicale, clinique non conventionnée agréée, hôpital public secteur privé	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Autres séjours	100% maximum 30 jours (1)	100% maximum 30 jours (1)	100% maximum 30 jours (1)	100% maximum 30 jours (1)	100% maximum 30 jours (1)	100% maximum 30 jours (1)
Honoraires médicaux, chirurgicaux et autres actes durant le séjour en hospitalisation médicale et chirurgicale	100%	125%	150%	200%	250%	350%
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	Néant	45€/jour	50€/jour	55€/jour	75€/jour	95€/jour
Lit accompagnant	Néant	12€/jour maximum 60 jours (1)	15€/jour maximum 60 jours (1)	18€/jour maximum 60 jours (1)	23€/jour maximum 60 jours (1)	28€/jour maximum 60 jours (1)
Maternité - Adoption	Néant	Forfait de 100€	Forfait de 110€	Forfait de 125€	Forfait de 180€	Forfait de 230€
Transport ambulance	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>DENTAIRE</b>						
Actes, Soins et Chirurgie Dentaires	100%	100%	125%	125%	150%	150%
Prothèse dentaire - Orthodontie remboursement plafonné (1) en prothèse dentaire	100%	150%	175%	200% 700€ 1100€ 1900€ 2200€	250% 800€ 1200€ 2100€ 2500€	350% 1000€ 1550€ 2600€ 3000€
		maximum 1ère année maximum 2ème année maximum 3ème année maximum années suivantes				
<b>OPTIQUE</b>						
Optique médicale (2) : Verres et lentilles - Montures - Opération au laser	100%	100%	125%	150%	150%	150%
1ère année		+115€ (1)	+145€ (1)	+190€ (1)	+210€ (1)	+240€ (1)
2ème année		+130€ (1)	+160€ (1)	+195€ (1)	+215€ (1)	+245€ (1)
3ème année		+150€ (1)	+180€ (1)	+ 215€ (1)	+235€ (1)	+265€ (1)
4ème année et suivantes		+170€ (1)	+195€ (1)	+ 230€ (1)	+250€ (1)	+280€ (1)
Opération de la myopie au laser (2) forfait identique au montant complémentaire optique médicale ci-dessus à partir de la 5ème année	-	+100€ par œil	+150€ par œil	+200€ par œil	+250€ par œil	+300€ par œil
<b>HORS HOSPITALISATION</b>						
Consultations - Visites	100 %	100%	125%	150%	200%	300%
Pharmacie	100 %	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccins	Plafonné à 100€ (1)	Plafonné à 100€ (1)	Plafonné à 100€ (1)	Plafonné à 100€ (1)	Plafonné à 100€ (1)	Plafonné à 100€ (1)
Petite chirurgie, Actes techniques médicaux	100 %	125%	125%	125%	125%	125%
Laboratoire - Radios	100%	100%	125%	150%	150%	150%
Ostéo-densitométrie	Plafonné à 75€ (1)	Plafonné à 75€ (1)	Plafonné à 75€ (1)	Plafonné à 75€ (1)	Plafonné à 75€ (1)	Plafonné à 75€ (1)
Auxiliaires médicaux - Rééducation	100%	125%	125%	125%	125%	125%
Orthopédie, Appareillage, Prothèse autre que dentaire	100%	100% + Complément 25€ (1)	125% + Complément 25€ (1)	150% + Complément 25€ (1)	200% + Complément 25€ (1)	300% + Complément 25€ (1)
Hospitalisation à domicile	100%	125%	150%	200%	200%	200%
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>						
Médecine non remboursée par le Régime Obligatoire	15€ par acte plafonnée à 45€ (1)	18€ par acte plafonnée à 54€ (1)	23€ par acte plafonnée à 69€ (1)	25€ par acte plafonnée à 75€ (1)	35€ par acte plafonnée à 105€ (1)	50€ par acte plafonnée à 150€ (1)
Cure thermale	Forfait de 50 €	100%	100%	100% + Forfait 100€ (1)	100% + Forfait 120€ (1)	100% + Forfait 150€ (1)
Soins à l'Étranger	100 %	100%	125%	125%	150%	150%

Garanties assistance	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse
Obsèques	Néant	Indemnité de 300€	Indemnité de 400€	Indemnité de 550€	Indemnité de 750€	Indemnité de 1500€
Exonération ou remboursement de la cotisation	Garantie	Garantie	Garantie	Garantie	Garantie	Garantie
Garantie agression - Capital Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par agression	Néant	8000€	12000€	15000€	18000€	25000€

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

Les pourcentages indiqués s'expriment en fonction de la base de remboursement du régime obligatoire, y compris le remboursement 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, les franchises médicales, majoration de participation et dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins). Si le contrat est Non Responsable il faut lire "de la base de remboursement du régime obligatoire, y compris le remboursement de celui-ci, la participation forfaitaire et les franchises médicales".

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.

(1) par année civile et par assuré.

(2) les sommes complémentaires Optique médicale et Opération de la myopie ne se cumulent pas.