

# 2. Vos garanties

Pour identifier vos garanties, reportez-vous, selon votre formule, aux tableaux de garanties (voir pages suivantes).

## 2.1 Formules non-responsables et solidaires

**Préalable :** Dans tous les cas, le cumul des remboursements du régime obligatoire et de notre remboursement ne peut excéder le montant des frais que vous avez réellement engagés.

Les montants de vos prestations sont exprimés, suivant les garanties, en :

- % du BR : ce % intègre la part du régime obligatoire. Pour chaque acte, nous vous remboursons la différence entre le % du BR mentionné dans le tableau ci-après (et dans vos Conditions Particulières) et le remboursement effectué par votre régime obligatoire (y compris pour les actes hors convention).
- € (euros) : les montants des forfaits figurent ci-après. Sauf précisions indiquées dans le tableau de garanties, les montants des forfaits sont exprimés par assuré et par année d'assurance. Par année d'assurance, il faut comprendre la période se situant entre deux échéances principales consécutives. L'échéance principale, indiquée aux Conditions Particulières, est celle qui marque le début de chaque période d'assurance. **Les montants des forfaits non consommés ne sont pas reportés sur la période suivante.**

HOSPITALISATION <sup>(1)</sup>				
Prestations ▼	Formules ►	Primordiale 1	Primordiale 2	Primordiale 3
HONORAIRES (Hors OPTAM/OPTAM-CO)		100%	100%	100%
HONORAIRES (OPTAM/OPTAM-CO)		100%	100%	120%
FRAIS DE SÉJOUR (établissement conventionné et non conventionné)		100%	100%	100%
FRAIS DE TRANSPORT		100%	100%	100%
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER <sup>(2)</sup>		20 € / jour Montant ramené à 15 € / jour en cas de traitement psychiatrique	20 € / jour	20 € / jour
CHAMBRE PARTICULIÈRE (inclus internet, TV et téléphone)		En cas de traitement psychiatrique, la chambre particulière est exclue		20 € / jour
LIT D'ACCOMPAGNANT (quel que soit l'âge)		90 € / jour	90 € / jour	90 € / jour

<sup>(1)</sup> Nous prenons en charge la franchise de 24 € sur les actes techniques de plus de 120 €.  
<sup>(2)</sup> Le forfait journalier est remboursé pendant une durée maximum de :  
 - 30 jours par année d'assurance en cas de traitement psychiatrique,  
 - 90 jours par année d'assurance lorsque vous êtes accueilli dans un centre de repos ou une maison de convalescence.

SOINS COURANTS				
Prestations ▼	Formules ►	Primordiale 1	Primordiale 2	Primordiale 3
HONORAIRES MÉDICAUX : généralistes (Hors OPTAM/OPTAM-CO)		100% soit 7.50 € par consultation	100% soit 7.50 € par consultation	100% soit 7.50 € par consultation
HONORAIRES MÉDICAUX : généralistes (OPTAM/OPTAM-CO)		100% soit 7.50 € par consultation	100% soit 7.50 € par consultation	100% soit 7.50 € par consultation
HONORAIRES MÉDICAUX : spécialistes (Hors OPTAM/OPTAM-CO) y compris radiologues		100%	100%	100%
HONORAIRES MÉDICAUX : spécialistes (OPTAM/OPTAM-CO) y compris radiologues		100%	100%	100%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (infirmiers, kiné, etc...)		100%	100%	100%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		100%	100%	100%
IMAGERIES MÉDICALES (radiologie, échographie...)		100%	100%	100%
MATÉRIEL MÉDICAL (appareillages / prothèses hors optique, dentaire et aides auditives)		100%	100%	100%
MÉDICAMENTS REMBOURSÉS À 15% ET 30%				100%
TOUS MÉDICAMENTS REMBOURSÉS ET PRESCRITS (autres que ceux remboursés à 15% ou 30%, voir ci-dessus)		100%	100%	100%
MÉDICAMENTS NON REMBOURSÉS (prescrits ou non) y compris pilule de 3 <sup>ème</sup> génération, homéopathie, phytothérapie et vaccin antigrippal saisonnier				15 €
FRAIS (sans prescription) : ostéopathie, étioopathie, chiropraxie, orthophonie, pédicure-podologue, diététique, acupuncture, orthoptie et psychologie				
ACTES DE PRÉVENTION (du contrat responsable et solidaire)		100%	100%	100%
SUBSTITUT NICOTINIQUE NON PRESCRIT (versé 1 fois dans toute la vie du contrat)				

Légende des garanties :

▨ : la garantie n'est pas accordée / ■ : nous remboursons sans intervention préalable de la Sécurité sociale / □ : nous remboursons en complément de la Sécurité sociale



## Suite

## Formules non-responsables et solidaires

DENTAIRE				
Prestations ▼	Formules ►	Primordiale 1	Primordiale 2	Primordiale 3
SOINS DENTAIRES		100%	100%	100%
PROTHÈSES REMBOURSÉES			100%	125%
RENFORT INLAY-ONLAY				
ORTHODONTIE ENFANT – DE 16 ANS				100 €
ORTHODONTIE ADULTE				
PROTHÈSES NON REMBOURSÉES				
IMPLANTOLOGIE / PARODONTIE / ENDODONTIE				
PLAFOND DENTAIRE ANNUEL HORS SOINS				300 €

OPTIQUE				
Prestations ▼	Formules ►	Primordiale 1	Primordiale 2	Primordiale 3
MONTURE			100%	
VERRES CORRECTEURS			100%	
LENTILLES CORRECTRICES				Adulte : 100 € Enfant (- 18 ans) : 50 €
TOUTE CHIRURGIE DE L'ŒIL NON REMBOURSÉE				

- Double équipement : *nous* ne prenons pas en charge le double équipement. Pour plus de précision, *vous* reporter au § 2.4 – Optique.
- Les garanties ne peuvent être activées qu'une fois tous les 2 ans. La période de 2 années est fixe et s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement (ex. date d'acquisition janvier 2020, la période est janvier 2020 à janvier 2022). Toutefois, cette période est réduite à :
  - un an : pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié,
  - 6 mois : pour les enfants de moins de 6 ans dans les conditions prévues par la réglementation.
- Si *vous* ne changez qu'un verre, c'est le forfait global verres qui s'applique (ex : 1 verre simple / Adulte / Primordiale 3 = 100 €).

AIDES AUDITIVES				
Prestations ▼	Formules ►	Primordiale 1	Primordiale 2	Primordiale 3
PROTHÈSES AUDITIVES			100%	100%

- Les garanties ne peuvent être activées qu'une fois tous les 4 ans. La période de 4 années est fixe et s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement (ex. date d'acquisition janvier 2021, la période est janvier 2021 à janvier 2025).

AUTRES GARANTIES				
Prestations ▼	Formules ►	Primordiale 1	Primordiale 2	Primordiale 3
CURES THERMALES PRESCRITES				
FÉCONDEMENT IN VITRO – AMNIOCENTÈSE (diagnostic prénatal) – TRAITEMENT POUR LA STÉRILITÉ				
ALLOCATION MATERNITÉ (y compris en cas d'adoption)				100 € / enfant

ASSISTANCE (les prestations sont définies au § 8)				
Prestations ▼	Formules ►	Primordiale 1	Primordiale 2	Primordiale 3
PRESTATIONS D'ASSISTANCE				Incluses

Vous avez peu de dépenses de santé et vous souhaitez réduire votre budget (voir § 2.5)				
Prestations ▼	Formules ►	Primordiale 1	Primordiale 2	Primordiale 3
FRANCHISE PRÉPAYÉE		Option	Option	Option

### Légende des garanties :

: la garantie n'est pas accordée / 
  : nous remboursons sans intervention préalable de la Sécurité sociale / 
  : nous remboursons en complément de la Sécurité sociale

## 2.2 Formules responsables et solidaires

**Préalable :** Dans tous les cas, le cumul des remboursements du **régime obligatoire** et de notre remboursement ne peut excéder le montant des frais que **vous** avez réellement engagés.

Les montants de vos **prestations** sont exprimés, suivant les garanties, en :

- % du **BR** : ce % intègre la part du **régime obligatoire**. Pour chaque acte, **nous vous** remboursons la différence entre le % du **BR** mentionné dans le tableau ci-après (et dans vos Conditions Particulières) et le remboursement effectué par votre **régime obligatoire** (y compris pour les actes hors convention)
- € (euros) : les montants des forfaits figurent ci-après. Sauf précisions indiquées dans le tableau de garanties, les montants des forfaits sont exprimés par assuré et par année d'assurance. Par année d'assurance, il faut comprendre la période se situant entre deux échéances principales consécutives. L'échéance principale, indiquée aux Conditions Particulières, est celle qui marque le début de chaque période d'assurance. **Les montants des forfaits non consommés ne sont pas reportés sur la période suivante.**

### HOSPITALISATION <sup>(1)</sup>

Prestations ▼	Formules ►	Intégrale 1	Intégrale 2	Intégrale 3	Intégrale 4
<b>HONORAIRES</b> (Hors OPTAM/OPTAM-CO)		150%	150%	200%	200%
<b>HONORAIRES</b> (OPTAM/OPTAM-CO)		170%	170%	220%	250%
<b>FRAIS DE SÉJOUR</b> (établissement conventionné et non conventionné)		100%	100%	100%	100%
<b>FRAIS DE TRANSPORT</b>		100%	100%	100%	100%
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>		20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour
		Montant ramené à 15 € / jour en cas de traitement psychiatrique			
<b>CHAMBRE PARTICULIÈRE</b> (inclus internet, TV et téléphone)		60 € / jour	90 € / jour	90 € / jour	90 € / jour
		<b>En cas de traitement psychiatrique, la chambre particulière est exclue</b>			
<b>LIT D'ACCOMPAGNANT</b> (quel que soit l'âge)		90 € / jour	90 € / jour	90 € / jour	90 € / jour

<sup>(1)</sup> **Nous** prenons en charge la franchise de 24 € sur les actes techniques de plus de 120 €.

### SOINS COURANTS

Prestations ▼	Formules ►	Intégrale 1	Intégrale 2	Intégrale 3	Intégrale 4
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b> : généralistes (Hors OPTAM/OPTAM-CO)		100% soit 7.50 € par consultation	130% soit jusqu'à 15 € par consultation	150% soit jusqu'à 20 € par consultation	180% soit jusqu'à 27.50 € par consultation
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b> : généralistes (OPTAM/OPTAM-CO)		100% soit 7.50 € par consultation	150% soit jusqu'à 20 € par consultation	170% soit jusqu'à 25 € par consultation	200% soit jusqu'à 32.50 € par consultation
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b> : spécialistes (Hors OPTAM/OPTAM-CO) y compris radiologues		100%	130%	200%	200%
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b> : spécialistes (OPTAM/OPTAM-CO) y compris radiologues		100%	150%	220%	220%
<b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX</b> (infirmiers, kiné, etc...)		100%	100%	100%	100%
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>		100%	100%	150%	200%
<b>IMAGERIES MÉDICALES</b> (radiologie, échographie...)		100%	100%	150%	200%
<b>MATÉRIEL MÉDICAL</b> (appareillages / prothèses hors optique, dentaire et aides auditives)		100%	100%	150%	200%
<b>TOUS MÉDICAMENTS REMBOURSÉS ET PRESCRITS</b>		100%	100%	100%	100%
<b>MÉDICAMENTS NON REMBOURSÉS</b> (prescrits ou non) y compris pilule de 3 <sup>ème</sup> génération, homéopathie, phytothérapie et vaccin antigrippal saisonnier		20 €	20 €	20 €	30 €
<b>FRAIS (sans prescription)</b> : ostéopathie, étioopathie, chiropraxie, orthophonie, pédicure-podologue, diététique, acupuncture, orthoptie et psychologie			100 €	100 €	150 €
<b>ACTES DE PRÉVENTION</b> (du contrat responsable et solidaire)		100%	100%	100%	100%
<b>SUBSTITUT NICOTINIQUE NON PRESCRIT</b> (versé 1 fois dans toute la vie du contrat)			100 €	100 €	100 €

### DENTAIRE

Prestations ▼	Formules ►	Intégrale 1	Intégrale 2	Intégrale 3	Intégrale 4
<b>Vous choisissez le 100% santé (à partir de 01/2020)</b>					
<b>SOINS ET PROTHÈSES</b>		<b>Votre reste à charge est de 0 € dans le respect des prix limites de vente</b>			
<b>Vous ne choisissez pas le 100% santé (Panier libre ou modéré)</b>					
<b>SOINS DENTAIRES</b>		100%	100%	100%	100%
<b>PROTHÈSES REMBOURSÉES</b>		145%	190%	240%	350%
<b>RENFORT INLAY-ONLAY</b>			50 €	75 €	120 €
<b>ORTHODONTIE ENFANT – DE 16 ANS</b>		100 €	200 €	300 €	450 €
<b>ORTHODONTIE ADULTE</b>			200 €	300 €	450 €
<b>PROTHÈSES NON REMBOURSÉES</b>			100 €	150 €	300 €
<b>IMPLANTOLOGIE / PARODONTIE / ENDODONTIE</b>			200 €	250 €	500 €
<b>PLAFOND DENTAIRE ANNUEL HORS SOINS</b>		<b>300 €</b>	<b>600 €</b>	<b>900 €</b>	<b>1 200 €</b>

Légende des garanties :

▨ : la garantie n'est pas accordée / ▤ : nous remboursons sans intervention préalable de la Sécurité sociale / □ : nous remboursons en complément de la Sécurité sociale

## OPTIQUE

Prestations ▼	Formules ►	Intégrale 1	Intégrale 2	Intégrale 3	Intégrale 4				
<b>Vous choisissez le 100% santé (à partir de 01/2020)</b>									
<b>MONTURE EN CAS D'ÉQUIPEMENT MIXTE <sup>(2)</sup></b>		<b>Votre reste à charge est de 0 € dans le respect des prix limites de vente</b>							
<b>EQUIPEMENT COMPLET (verres toutes corrections + monture) OU VERRES TOUTES CORRECTIONS</b>									
<b>Vous ne choisissez pas le 100% santé (panier libre)</b>									
		Adulte	Enfant - 18 ans	Adulte	Enfant - 18 ans	Adulte	Enfant - 18 ans	Adulte	Enfant - 18 ans
<b>MONTURE <sup>(3)</sup> (en cas d'équipement mixte <sup>(2)</sup>)</b>		100 €		100 €		100 €		100 €	
<b>EQUIPEMENT COMPLET (verres simples + monture <sup>(3)</sup>) OU VERRES SIMPLES (verres sans monture OU en cas d'équipement mixte <sup>(2)</sup>)</b>		130 €	50 €	200 €	125 €	200 €	125 €	300 €	200 €
<b>EQUIPEMENT COMPLET (verres complexes + monture <sup>(3)</sup>) OU VERRES COMPLEXES (verres sans monture OU en cas d'équipement mixte <sup>(2)</sup>)</b>		200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	300 €	200 €
<b>EQUIPEMENT COMPLET (verres très complexes + monture <sup>(3)</sup>) OU VERRES TRÈS COMPLEXES (verres sans monture OU en cas d'équipement mixte <sup>(2)</sup>)</b>		200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	300 €	200 €
<b>RENFORT VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (1 ou 2 verres)</b>				75 €		75 €		100 €	
<b>TOUTES LENTILLES CORRECTRICES</b>		130 €		200 €		200 €		300 €	
<b>RENFORT LENTILLES CORRECTRICES PROGRESSIVES</b>				75 €		75 €		100 €	
<b>TOUTE CHIRURGIE DE L'ŒIL NON REMBOURSÉE</b>		260 € (130 €/œil)		400 € (200 €/œil)		400 € (200 €/œil)		800 € (400 €/œil)	

• <sup>(2)</sup> Equipement mixte : **vous** pouvez composer votre équipement de verres dans le **100% santé** et d'une monture dans le **panier libre**, et réciproquement. Pour plus de précisions, **vous** reporter au § 2.4 – Optique.  
 • <sup>(3)</sup> Notre remboursement, pour les montures choisies dans le **panier libre**, n'excèdera jamais 100 € y compris la prise en charge du **régime obligatoire**.  
 • Double équipement : **nous** ne prenons pas en charge le double équipement. Pour plus de précision, **vous** reporter au § 2.4 – Optique.  
 • Les garanties **100% santé** et **panier libre** ne peuvent être activées qu'une fois tous les 2 ans. La période de 2 années est fixe et s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement (ex. date d'acquisition janvier 2020, la période est janvier 2020 à janvier 2022). Toutefois, cette période est réduite à :  
 - un an : pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié,  
 - 6 mois : pour les enfants de moins de 6 ans dans les conditions prévues par la réglementation.  
**Cette disposition ne concerne pas les garanties « toutes lentilles correctrices, renfort lentilles correctrices progressives, et chirurgie de l'œil », ces prestations pouvant être activées annuellement.**  
 • Si **vous** ne changez qu'un verre, c'est le forfait global verres qui s'applique (ex : 1 verre simple / Adulte / Intégrale 1 = 130 €).

## AIDES AUDITIVES

Prestations ▼	Formules ►	Intégrale 1	Intégrale 2	Intégrale 3	Intégrale 4
<b>Vous choisissez le 100% santé (à partir de 01/2021)</b>					
<b>PROTHÈSES AUDITIVES</b>		<b>Votre reste à charge est de 0 € dans le respect des prix limites de vente</b>			
<b>Vous ne choisissez pas le 100% santé (panier libre)</b>					
<b>PROTHÈSES AUDITIVES</b>		100%	100% + 300 € (150 € / appareil)	100% + 300 € (150 € / appareil)	100% + 600 € (300 € / appareil)

• Les garanties **100% santé** et **panier libre** ne peuvent être activées qu'une fois tous les 4 ans. La période de 4 années est fixe et s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement (ex. date d'acquisition janvier 2021, la période est janvier 2021 à janvier 2025). Pour le **panier libre**, les limites du contrat responsable sont indiquées dans le § 2.4 – Aides auditives.

## AUTRES GARANTIES

Prestations ▼	Formules ►	Intégrale 1	Intégrale 2	Intégrale 3	Intégrale 4
<b>CURES THERMALES PRESCRITES (le forfait est versé sur justificatifs et prend en charge uniquement les frais d'hébergement et de transport)</b>			100% + 100 €	100% + 200 €	100% + 300 €
<b>FÉCONDATION IN VITRO – AMNIOCENTÈSE (diagnostic prénatal) – TRAITEMENT POUR LA STÉRILITÉ</b>			100 €	200 €	250 €
<b>ALLOCATION MATERNITÉ (y compris en cas d'adoption)</b>		150 € / enfant	150 € / enfant	150 € / enfant	200 € / enfant

## ASSISTANCE (les prestations sont définies au § 8)

Prestations ▼	Formules ►	Intégrale 1	Intégrale 2	Intégrale 3	Intégrale 4
<b>PRESTATIONS D'ASSISTANCE</b>		Incluses	Incluses	Incluses	Incluses

**Vous avez peu de dépenses de santé et vous souhaitez réduire votre budget (voir § 2.5)**

Prestations ▼	Formules ►	Intégrale 1	Intégrale 2	Intégrale 3	Intégrale 4
<b>FRANCHISE PRÉPAYÉE</b>		Option	Option	Option	Option

Légende des garanties :

: la garantie n'est pas accordée / 
  : nous remboursons sans intervention préalable de la Sécurité sociale / 
  : nous remboursons en complément de la Sécurité sociale