

Tableau des garanties responsables

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient. Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

Dans le tableau ci-dessous, la « base » désigne la « base conventionnelle ».

	Base + Option 1	Base + Option 2 (si choisi)	Base + Option 3 (si choisi)
HOSPITALISATION⁽¹⁾ • En établissement conventionné ou non⁽²⁾			
ACTES REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Frais de séjour	200 % BR	200 % BR	300 % BR
Honoraires			
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	220 % BR	220 % BR	525 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds y compris soins courants	100 % de la participation forfaitaire	100 % de la participation forfaitaire	100 % de la participation forfaitaire
ACTES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée⁽⁴⁾	100 % DE	100 % DE	100 % DE
Chambre particulière en établissement conventionné⁽⁵⁾			
Par nuitée	60 €	90 €	130 €
Par journée (ambulatoire)	60 €	90 €	130 €
Lit d'accompagnant en établissement conventionné sur présentation d'une facture⁽⁵⁾			
Par nuitée	60 €	90 €	130 €
Forfait maternité ou adoption (prime de naissance)			
Par enfant (doublée en cas de naissance multiple)	-	-	400 €
SOINS COURANTS • Auprès d'un professionnel conventionné ou non			
ACTES REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Honoraires médicaux			
Consultation / visite / consultation en ligne auprès d'un généraliste :			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	150 % BR	220 % BR	400 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	130 % BR	200 % BR	200 % BR
Consultation / visite / consultation en ligne auprès d'un spécialiste :			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	220 % BR	300 % BR	450 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux auprès d'un praticien :			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	170 % BR	170 % BR	250 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	150 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale auprès d'un praticien :			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	145 % BR	170 % BR	350 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽³⁾	125 % BR	150 % BR	200 % BR

	Base + Option 1	Base + Option 2 (si choisi)	Base + Option 3 (si choisi)
SOINS COURANTS ● Auprès d'un professionnel conventionné ou non (suite)			
ACTES REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (suite)			
Honoraires paramédicaux			
Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical			
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Frais de transport sanitaire			
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR ⁽⁶⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments *			
Médicaments remboursés à 65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
ACTES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Médecines additionnelles et de prévention sur présentation d'une facture originale acquittée établie par le professionnel			
Ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue - par an par bénéficiaire	30 €/séancemaxi 3 séances	30 €/séancemaxi 4 séances	50 €/séancemaxi 5 séances
Sevrage tabagique - par an par bénéficiaire	-	50 €	100 €
Vaccin antigrippal - par an par bénéficiaire	-	FR Limités à 15 €	FR Limités à 70 €
Contraception féminine - par an par bénéficiaire	-	50 €	100 €
Équilibre alimentaire et produit diététique - par an par bénéficiaire	-	60 €	60 €
Ostéodensitométrie osseuse - par an par bénéficiaire	-	50 €	100 €
Autres vaccins - par an par bénéficiaire	-	90 €	100 €
Assistance Santé			
Garantie assurée par RMA	Oui	Oui	Oui
Prévention			
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR

(*) y compris les honoraires de dispensation du pharmacien dont la vaccination antigrippale

	Base + Option 1	Base + Option 2(si choisi)	Base + Option 3(si choisi)
DENTAIRE • Après d'un professionnel conventionné ou non			
ACTES REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Soins et prothèses 100 % Santé⁽⁸⁾⁽⁹⁾			
À compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses du panier dentaire	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Soins autres que 100 % Santé⁽⁹⁾			
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie sans dépassement d'honoraire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie avec dépassements d'honoraires	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Prothèses autres que 100 % Santé			
Tarifs maîtrisés⁽⁹⁾ ou Tarifs libres			
Dents du sourire ⁽¹⁰⁾	300 % BR	450 % BR	550 % BR
Dents de fond de bouche ⁽¹¹⁾	200 % BR	350 % BR	450 % BR
Inlay - onlays	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Inlays cores	200 % BR	200 % BR	250 % BR
Implantologie⁽⁹⁾			
Couronne sur implant : Dents du sourire ⁽¹⁰⁾	300 % BR	450 % BR	550 % BR
Couronne sur implant : Dents de fond de bouche ⁽¹¹⁾	200 % BR	350 % BR	450 % BR
Orthodontie⁽¹²⁾			
Par semestre de traitement par bénéficiaire	300 % BR	350 % BR	450 % BR
ACTES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Parodontologie			
Par an par bénéficiaire	200 €	300 €	300 €
Prothèses			
Couronne et pilier de bridge sur dents non délabrées (vivantes) Par an par bénéficiaire	200 €	300 €	300 €
Implantologie			
Racine et pilier implantaire - par an par bénéficiaire	500 €	500 €	800 €
Orthodontie⁽¹²⁾⁽¹³⁾			
Au-delà de 25 ans sur avis du chirurgien-dentiste consultant de l'organisme assureur Par semestre de traitement par bénéficiaire	250 % BRR	250 % BRR	350 % BRR
Plafond pour les prothèses autres que 100 % Santé - Hors inlay-onlays⁽¹⁴⁾ (tarif maîtrisé et libre confondus) - par an par bénéficiaire	3 prothèses	3 prothèses	3 prothèses

	Base + Option 1	Base + Option 2 (si choisi)	Base + Option 3 (si choisi)
AIDES AUDITIVES (PAR OREILLE) • Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
ACTES REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Équipement 100 % Santé^{(8) (15)}			
Aides auditives de classe I ⁽¹⁶⁾ Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé			
Aides auditives de classe II ⁽¹⁶⁾	600 €	1 000 €	1 000 €
Accessoires et fournitures	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Plafond (hors accessoires) y compris le remboursement SS ⁽¹⁷⁾	1 700 € TTC	1 700 € TTC	1 700 € TTC
OPTIQUE⁽⁸⁾ • Par équipement (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales / Notice d'information			
ACTES REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Équipement 100 % Santé y compris la facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appariement des verres par l'opticien^{(8) (15)}			
Équipement Classe A (monture + 2 verres) ⁽¹⁹⁾	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé			
Équipement Classe B (monture + 2 verres) ⁽¹⁹⁾ - par bénéficiaire	Voir grille optique	Voir grille optique	Voir grille optique
Lentilles prescrites remboursées SS - par an par bénéficiaire ⁽²⁰⁾	100 €	200 €	350 €
ACTES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Lentilles prescrites, jetables, ou non remboursées SS - par an par bénéficiaire	100 €	200 €	350 €
Chirurgie optique réfractive - par œil par bénéficiaire	700 €	750 €	1 000 €

SS = Sécurité sociale française. **BR** = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Engagée. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **RC** = Régime complémentaire. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3 428 €).

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique. **(2)** En établissement non conventionné, la prise en charge est limitée au ticket modérateur. **(3)** Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous. **(4)** Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles et l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale. **(5)** La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour. **(6)** SMUR : Service médical d'urgence et de réanimation. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier. **(7)** La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur amelii.fr). **(8)** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. **(9)** Dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF). **(10)** Les dents du sourire correspondent aux dents n° 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44. **(11)** Les dents de fond de bouche correspondent aux dents n° 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48. **(12)** Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement. **(13)** sur la base d'un TO90. **(14)** En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge est limitée à 125% de la BR des frais de soins dentaires prothétiques (décret n° 2019-21 du 11/01/2019). **(15)** Dans la limite des prix limites de vente (PLV). **(16)** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales. **(17)** Au minimum remboursement de 100% BR. **(18)** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction. **(19)** Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis par les codes LPP de la nomenclature de la Sécurité sociale. **(20)** Au minimum remboursement du TM.

	Base + Option 1		Base + Option 2 (si choisi)		Base + Option 3 (si choisi)	
	Âge du bénéficiaire					
	< 16 ans	≥ 16 ans	< 16 ans	≥ 16 ans	< 16 ans	≥ 16 ans
GRILLE OPTIQUE ● y compris le remboursement SS						
Type de verre (remboursement par verre)						
Verre unifocal, sphérique						
Sphère de - 6 à + 6	50 €	80 €	60 €	90 €	75 €	115 €
Sphère de - 6,25 à - 12 ou de + 6,25 à + 12	85 €	90 €	95 €	100 €	120 €	125 €
Sphère < - 12 ou > + 12	90 €	100 €	100 €	110 €	125 €	140 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique						
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 €	90 €	70 €	100 €	90 €	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 €	90 €	70 €	100 €	90 €	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	70 €	90 €	70 €	100 €	90 €	125 €
Cylindre ≤ + 4, sphère < - 6	90 €	100 €	100 €	110 €	125 €	140 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	100 €	110 €	110 €	120 €	140 €	150 €
Cylindre > + 4, sphère < - 6	110 €	120 €	120 €	130 €	150 €	165 €
Verre multifocal ou progressif sphérique*						
Sphère de - 4 à + 4	115 €	140 €	125 €	160 €	155 €	200 €
Sphère < - 4 ou > + 4	125 €	150 €	135 €	170 €	170 €	215 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique						
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	135 €	160 €	145 €	180 €	180 €	225 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	135 €	160 €	145 €	180 €	180 €	225 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	135 €	160 €	145 €	180 €	180 €	225 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	135 €	160 €	145 €	180 €	180 €	225 €
Sphère < - 8	135 €	160 €	145 €	180 €	180 €	225 €
Monture de lunettes	75 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €