

Les niveaux de garanties exprimés en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale s'entendent et incluent les éventuels remboursements du Régime obligatoire.

	Activ'100	Activ'150	Activ'200	Activ'250	Activ'300
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (Y COMPRIS MATERNITE)					
Frais de séjour secteur conventionné	100 %	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Frais de séjour secteur non conventionné	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes) OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes) hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires secteur non conventionné	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Chambre particulière (à l'exclusion de l'hospitalisation de jour ou en service spécialisé)	Néant	40 € / jour	50 € / jour	70 € / jour	85 € / jour
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Hospitalisation à domicile	Néant	125 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Lit d'accompagnant : enfants de moins de 16 ans dans la limite de 30 j / an	Néant	10 € / jour	10 € / jour	15 € / jour	25 € / jour
Transport du malade accepté par le Régime Obligatoire	100 %	125 %	125 %	150 %	200 %
HOSPITALISATION DE JOUR OU SECTEUR SPECIALISE⁽¹⁾					
Frais de séjour et honoraires secteur conventionné - hospitalisation de jour ou service spécialisé	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre particulière, dans la limite de 30 jours	Néant	Néant	Néant	30 € / jour limité 30 jours	40 € / jour limité 45 jours
DENTAIRE					
Soins et Prothèses dans le cadre du 100 % Santé* (a)					
- Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à prise en charge renforcée)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Actes prothétiques hors cadre du 100 % Santé* (Panier libre & maîtrise)					
Soins, Prothèses, Orthodontie acceptée par le R.O.	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %
Soins, Prothèses, Orthodontie acceptée par le R.O. à partir de la 3 ^{ème} année	100 %	150 %	250 %	300 %	350 %
Prothèse Dentaire ou Orthodontie non remboursées par an	Néant	Néant	150 €	200 €	300 €
Implantologie ou Parodontologie ou Prophylaxie ou Endodontie	Néant	Néant	150 €	200 €	300 €
Plafond annuel de remboursement année 1	Néant	Néant	700 €	1 000 €	1 200 €
Plafond annuel de remboursement année 2 et 3	Néant	Néant	1 000 €	1 200 €	1 400 €
OPTIQUE					
Equipements 100% santé* (a) :					
Equipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé* (classe à prise en charge renforcée) (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c) - Equipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Equipements hors 100% santé* (Classe B - Panier libre) :					
Equipement optique (composé d'une monture et de 2 verres)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Equipement complet (monture limitée à 100 € + 2 verres)					
- 1 monture +2 verres simples	100 %	125 €	150 €	200 €	250 €
- 1 monture +avec 2 verres complexes ou hypercomplexes	100 %	200 €	230 €	275 €	350 €
- 1 monture +avec au moins 1 verre complexe ou hypercomplexe	100 %	150 €	175 €	200 €	300 €
Matériel amblyopie	100 %	100 €	200 €	250 €	300 €
Forfait lentilles remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	50 €	75 €	100 €	150 €
Forfait lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire	Néant	Néant	50 €	100 €	125 €
Chirurgie optique réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire : forfait / œil et / an	Néant	125 €	150 €	200 €	250 €
HONORAIRES ET SOINS MEDICAUX COURANTS					
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes OPTAM et OPTAM-CO	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes Hors OPTAM et OPTAM -CO	100 %	100 %	130 %	175 %	200 %
Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie OPTAM	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie Hors OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (ATM) OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	125 %	200 %	200 %
Actes techniques médicaux (ATM) Hors OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	105 %	150 %	180 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie) OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie) Hors OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	105 %	125 %	180 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale Hors OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	105 %	125 %	180 %
Auxiliaires médicaux- Analyses médicales	100 %	100 %	125 %	200 %	200 %
SOINS A L'ETRANGER	100 %	100 %	100 %	125 %	150 %
PHARMACIE					
Pharmacie y compris sevrage tabagique remboursée par le R.O.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie non remboursée par le R.O.	Néant	50 €	75 €	100 €	150 €

APPAREILLAGE ET PROTHESES NON DENTAIRE					
Equipements 100 % santé* (a)					
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans (d)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Equipements hors 100 % santé*					
Prothèses orthopédiques et aides auditives	100 %	100 % + 50 € / an	100 % + 75 € / an	100 % + 100 € / an	100 % + 150 € / an
Petit et gros appareillage, accessoires, pansements	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
FORFAIT MATERNITE (multiplié par deux si naissance multiple) (Délai de carence 9 mois)	Néant	50 €	100 €	200 €	350 €
CURES THERMALES	100 %	100 € + 125 %	100 € + 150 %	150 € + 200 %	250 € + 250 %
MEDECINE DOUCE (2)	Néant	Néant	30 € par séance limitée à 3 / an	30 € par séance limitée à 5 / an	40 € par séance limitée à 5 / an
ACTES DE PREVENTION (prévus à l'art R.871-2 du code de la Sécurité Sociale)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ASSISTANCE	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Lexique :

BR (Base de remboursement) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Pour les actes réalisés par des praticiens non conventionnés, la base de remboursement retenue est celle du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.

OPTAM ou OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée : sont des conventions signées entre les médecins du secteur 2 ainsi que certains médecins du secteur 1 autorisés à facturer des dépassements d'honoraires et l'assurance maladie. Lorsqu'un médecin signe cette convention, il s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires. La liste des médecins signataires de ce dispositif est disponible sur www.ameli-direct.fr

Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

Verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) : Régime obligatoire d'assurance maladie dont relève l'assuré

(1) Hospitalisation de jour ou Secteur spécialisé : Hospitalisation ou séjours en secteur de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, maison de repos, de diététique, de sevrage thérapeutique, soins de suite ou en secteur de psychiatrie ou neuropsychiatrie.

REFORME 100 % SANTE : Le 100% SANTE vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et débutera progressivement à partir du 1er janvier 2019. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi. Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.

(2) Médecine douce : Diététicien, Psychomotricien, Actes de Naturopathes, ostéopathes, Etiopathes, Chiropracteurs, Micro kinésithérapeutes, Nutritionnistes.

Informations 100 % Santé*

* tels que définis réglementairement

(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. Pour le remboursement de prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier 100% Santé* ou dans le panier à honoraires modérés, les remboursements sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

(b) Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale.

Les remboursements intègrent la prestation d'appareillage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

(c) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur.

Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

(d) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale.

Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller.

Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

En application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements :

- à compter du 1^{er} janvier 2020, les soins prothétiques dentaires faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100 % Santé » sont intégralement pris en charge sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie.
- Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100 % Santé » seront intégralement pris en charge sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des prix limites de vente fixés par la Liste des Produits et Prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.
- à compter du 1^{er} janvier 2021, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100 % Santé » seront intégralement pris en charge sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des prix limites de vente fixés par la Liste des produits et Prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.