

Le contrat est un contrat responsable au sens de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013. Ce type de contrat définit le contrat d'assurance santé qui respecte le cahier des charges fixé par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Annexe 1 des conditions générales adossées au contrat d'adhésion ⁽¹⁾

TOUS RÉGIMES SOCIAUX

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE		BRONZE	SILVER	GOLD	PLATINE
Frais de séjours ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjours ÉTABLISSEMENTS NON CONVENTIONNÉS		100%	100%	100%	100%
Actes en secteur Hospitalier, honoraires chirurgicaux Chirurgie, Anesthésie, Réanimation	praticiens signataires du CAS <i>immédiat</i>	150%	175%	200%	225%
	<i>après 6 mois</i>	200%	250%	300%	350%
praticiens non signataires du CAS		125%	150%	175%	200%
Chambre particulière (Hors ambulatoire)					
Maladie, Chirurgie	<i>immédiat (30 jours maxi)</i>	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	80 €/jour
Maladie, Chirurgie, Maternité	<i>après 6 mois (durée illimitée)</i>	70 €/jour	80 €/jour	90 €/jour	100 €/jour
Réadaptation fonctionnelle, Rééducation, Moyens séjours, Cures, Convalescence	<i>après 6 mois (90 jours/an)</i>	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	80 €/jour
Forfait Journalier Hospitalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de transport <i>si acceptés par le Régime Obligatoire</i>		100%	125%	150%	175%
Frais d'accompagnement Conjoint, Ascendants, Descendants <i>(30 jours/an)</i>		15 €/jour	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour

MÉDECINE DE VILLE		BRONZE	SILVER	GOLD	PLATINE	
Honoraires médicaux - Consultations Visites - Actes de spécialités (ATM) Généralistes, Spécialistes, Professeurs	praticiens signataires du CAS <i>immédiat</i>	150%	175%	200%	225%	
	<i>après 6 mois</i>	175%	200%	250%	300%	
<i>Majoration pour frais de déplacement Actes de nuit ou le dimanche - Soins d'urgence</i>		praticiens non signataires du CAS	125%	150%	175%	200%
Radiologie Scanographie, Mammographie, IRM, Échographie, Électrocardiographie, Scintigraphie...	praticiens signataires du CAS <i>immédiat</i>	150%	175%	200%	225%	
	<i>après 6 mois</i>	175%	200%	250%	300%	
praticiens non signataires du CAS		125%	150%	175%	200%	
Frais pharmaceutiques, homéopathie <i>(remboursables par le Régime Obligatoire)</i>		<i>remboursés à 65 %, 30% et 15%</i>	100%	100%	100%	
Auxiliaires Médicaux Orthophonistes, Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthoptistes		150%	175%	200%	200%	
Analyses - Actes de Biologie		150%	175%	200%	200%	

MÉDECINE NATURELLE ET PRÉVENTION		BRONZE	SILVER	GOLD	PLATINE
Cures thermales Honoraires, Soins, Frais de transport, Hébergement <i>par an et par bénéficiaire</i>		100% + forfait 150 €	100% + forfait 200 €	100% + forfait 250 €	100% + forfait 300 €
Ostéopathie, étiopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, pédicure <i>(consultations non remboursées par le Régime Obligatoire) (prise en charge 25€ / consultation / bénéficiaire)</i>		120 € /an/bénéficiaire	150 € /an/bénéficiaire	180 € /an/bénéficiaire	210 € /an/bénéficiaire
Actes de Prévention <i>(remboursés par le Régime Obligatoire)</i>		100%	100%	100%	100%
Dépistage et Prévention <i>(actes non remboursés par le Régime Obligatoire)</i> Forfait par an et par bénéficiaire limité à 50% des dépenses réalisées <i>(se reporter aux conditions générales)</i>		100 €	100 €	100 €	100 €

DENTAIRE	BRONZE	SILVER	GOLD	PLATINE
Soins	100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires et Orthodontie <i>remboursables par le Régime Obligatoire</i>	250%	300%	350%	400%
Dentaire non remboursable par le Régime Obligatoire Prothèses dentaires, Orthodontie, Implants, Parodontologie par an et par bénéficiaire	200€	250€	300€	350€
Plafond dentaire	1 ^{re} année 600 € 2 ^e année 900 € 3 ^e année et suivantes : 1200 €	1 ^{re} année 800 € 2 ^e année 1200 € 3 ^e année et suivantes : 1500 €	1 ^{re} année 1000 € 2 ^e année 1500 € 3 ^e année et suivantes : 2000 €	1 ^{re} année 1000 € 2 ^e année 1500 € 3 ^e année et suivantes : 2000 €

OPTIQUE	BRONZE	SILVER	GOLD	PLATINE
Forfait optique (Monture/verre) <i>remboursables par le Régime Obligatoire</i>	300 €	350 €	400 €	450 €
Lentilles <i>remboursables par le Régime Obligatoire</i> Les forfaits lentilles remboursés et non remboursés ne sont pas cumulables	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 200 €
Lentilles non remboursables par le Régime Obligatoire	200 €	200 €	200 €	200 €
Chirurgie corrective ou réfractive non remboursable par le Régime Obligatoire (Myopie, Presbytie, Hypermétropie) par oeil	200 €	200 €	200 €	200 €

APPAREILLAGE	BRONZE	SILVER	GOLD	PLATINE
Prothèses et Appareillages Petit appareillage et accessoires	100%	100%	100%	100%
Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage	150%	175%	200%	225%

SOUTIEN «COUP DUR» *	
Assistance Plus	En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation suite à maladie soudaine ou à accident corporel et hospitalisation programmée .
Protection juridique médicale	Maximum 20 000 € TTC par litige en France/DROM/dans l'UE/Monaco/Suisse/Andorre en cas de litige présumé avec un professionnel de santé ou un établissement de soins.
Service «MédecinDirect»	Accompagnement et information personnalisée par entretien direct avec un médecin, par téléphone ou via plateforme sécurisée Internet.

OPTIONS **	
Individuelle accident (capital décès par accident)	<ul style="list-style-type: none"> > Adhérent principal 4 000 € > Conjoint (inscrit au contrat) 2 000 € > Enfant (désigné au contrat) 1 500 €
Individuelle enfants (scolaire - extra-scolaire)	<ul style="list-style-type: none"> > Décès par accident : 4 000 € > Invalidité permanente par accident (franchise 10%) : 50 000 € > Frais de rattrapage scolaire : 500 €
Individuelle seniors (Invalidité permanente par accident) À partir de 55 ans - Montants maxima par assuré et par événement	Dans le cas d'une Invalidité Permanente par accident supérieure à 50% <ul style="list-style-type: none"> > Capital forfaitaire 3 000 € > Aide à la vie quotidienne 500 €
Garantie Avantages Soutien Financier en cas de : > licenciement économique > cessation d'activité suite à dépôt de bilan > affections de longue durée (ALD-30) et polyopathologies (ALD-32) > Décès toutes causes (pour les adhérents de moins de 65 ans)	<ul style="list-style-type: none"> > Exonération des cotisations santé jusqu'à 1 000 € > Prise en charge des abonnements sportifs jusqu'à 500 € (par sinistre et par année) > Exonération des cotisations santé ou Frais d'obsèques jusqu'à 1 000 €
Allocation obsèques (souscription jusqu'à 65 ans) <i>(Adhérents de moins de 65 ans. En complément de la garantie Décès « Avantages Soutien Financier ». Possibilité de demander l'extension de la garantie après 65 ans et sans limite d'âge)</i>	Forfait versé au titre des frais obsèques : 1 000 €
Rapatriement de corps en terre d'origine <i>(Pour les adhérents de moins de 65 ans à la date de souscription)</i> Ouvert à toute personne physique domiciliée en France, Guadeloupe, Martinique, Guyane Française ou sur l'île de La Réunion et qui souhaite être inhumée dans son pays d'origine.	<ul style="list-style-type: none"> > Rapatriement de corps dans le pays d'origine du lieu du décès jusqu'à la commune du lieu d'inhumation ou d'incinération ou de veillée (sont inclus les frais de transport / de cercueil ou de lincaul / les frais annexes au transport). > Mise à disposition d'un titre de transport pour un membre de la famille en accompagnement du corps. > Prise en charge, à la demande de la famille des frais funéraires dans la limite de 1200 € TTC et des frais de transport, si les obsèques du bénéficiaire ont lieu dans le pays de survenance du décès (non cumulable avec le rapatriement de corps).

CAS : Contrat d'accès aux soins / Les forfaits (hors Optique) sont valables par an et par bénéficiaire à compter de la date d'effet du contrat, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Le nombre d'équipements Optique (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement TOUS LES 2 ANS par bénéficiaire sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue où les forfaits s'appliquent pour les frais engagés par période d'un an (se reporter aux conditions générales du contrat). / Les remboursements sont toujours effectués déduction faite de la Sécurité sociale dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en euro. (1) Extraits des conditions générales, se conformer aux conditions générales annexées au bulletin d'adhésion.
 * Se reporter à la convention Garantie Assistance, Protection Juridique Médicale incluse aux conditions générales du contrat santé.
 ** Extraits des notices d'informations, se conformer aux conditions générales annexées au bulletin d'adhésion.