


Nature des garanties	Régime Professionnel Conventionnel - RPC ⁽¹⁾		Régime Supplémentaire y compris RPC ⁽¹⁾	
HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier	100 % FR		100 % FR	
Frais de séjour	100 % TM + 100 % BR		100 % TM + 100 % BR	
Honoraires (consultations et actes) :	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <i>(avec dépassement d'honoraires maîtrisés)</i>	Non Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <i>(avec dépassement d'honoraires libres)</i>	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <i>(avec dépassement d'honoraires maîtrisés)</i>	Non Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <i>(avec dépassement d'honoraires libres)</i>
- Médicaux	100 % TM + 120 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 120 % BR	100 % TM + 100 % BR
- Chirurgicaux	100 % TM + 280 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 280 % BR	100 % TM + 100 % BR
Chambre particulière <i>non remboursée par le RO</i>	40 € par jour limité à 5 jours en cas de maternité		46 € par jour limité à 5 jours en cas de maternité	
Lit d'accompagnement d'un bénéficiaire âgé de moins de 12 ans <i>non remboursé par le RO</i>	23 € par jour, sur présentation d'un certificat médical		23 € par jour, sur présentation d'un certificat médical	
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux :	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <i>(avec dépassement d'honoraires maîtrisés)</i>	Non Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <i>(avec dépassement d'honoraires libres)</i>	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <i>(avec dépassement d'honoraires maîtrisés)</i>	Non Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO <i>(avec dépassement d'honoraires libres)</i>
- Consultations et visites	100 % TM + 70 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 120 % BR	100 % TM + 100 % BR
- Actes techniques médicaux	100 % TM + 250 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 250 % BR	100 % TM + 100 % BR
- Actes d'imagerie médicale	100 % TM + 120 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 100 % BR
Majoration et déplacement	100 % TM		100 % TM	
Honoraires paramédicaux	100 % TM		100 % TM + 30 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % TM		100 % TM + 30 % BR	
Médicaments <i>remboursés par le RO</i>	100 % TM		100 % TM	
Matériel médical <i>(hors aides auditives et optique)</i>	185 % BR		185 % BR	
AIDES AUDITIVES				
Renouvellement limité à 1 appareil/oreille tous les 4 ans par bénéficiaire, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées				
Équipement "100% SANTÉ" 	100% FR*		100% FR*	
Prothèse auditive <i>Hors "100% Santé"</i> Tarif libre	1 000 € par oreille appareillée, limité à 1 700 € y compris le remboursement RO		1 200 € par oreille appareillée, limité à 1 700 € y compris le remboursement RO	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	185 % BR		185 % BR	


Nature des garanties

Régime Professionnel Conventionnel - RPC⁽¹⁾

Régime Supplémentaire y compris RPC⁽¹⁾

OPTIQUE


Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées

Équipement "100 % SANTÉ" ^{**} Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres		100 % FR*	
Équipement Hors "100 % SANTÉ" Tarif libre* : (consultations et actes) :			
• Par monture :			
Bénéficiaire de 16 ans ou plus		100 € par monture	100 € par monture
Bénéficiaire de moins de 16 ans		60 € par monture	75 € par monture
• Par verre		Voir grille garantie par verre ci-dessous	Voir grille garantie par verre ci-dessous
• Prestations d'adaptation		100 % TM	100 % TM
Lentilles correctrices Remboursées ou non remboursées par le RO (y compris jetables)		120 € par an et par bénéficiaire	220 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive et assimilée		250 € par œil	500 € par œil
Matériel médical optique		185 % BR	185 % BR

Garantie par verre selon le besoin de correction (mesure de la sphère en dioptries)

Hypermétrope	CYLINDRE	De 0 à +2	De +2,25 à +4	De +4,25 à +6	De +6,25 à +8	Au-delà de +8	De 0 à +2	De +2,25 à +4	De +4,25 à +6	De +6,25 à +8	Au-delà de +8
		De 0 à -2	De -2,25 à -4	De -4,25 à -6	De -6,25 à -8	Au-delà de -8	De 0 à -2	De -2,25 à -4	De -4,25 à -6	De -6,25 à -8	Au-delà de -8
Verre uni-focal	Verre sans cylindre	62 €	73 €	86 €	102 €	128 €	87 €	102 €	120 €	143 €	179 €
	Verre avec 0 < cylindre ≤ 4	68 €	80 €	95 €	113 €	141 €	95 €	112 €	133 €	158 €	198 €
	Verre avec cylindre > 4	70 €	80 €	95 €	113 €	141 €	97 €	112 €	133 €	158 €	198 €
Verre multifocal ou progressif	Verre sans cylindre	145 €	167 €	185 €	215 €	270 €	203 €	234 €	259 €	301 €	350 €
	Verre avec cylindre > 0	165 €	190 €	210 €	245 €	306 €	231 €	266 €	294 €	300 €	350 €

DENTAIRE

Soins et prothèses dentaires "100% SANTÉ" ^{**} (2) 	100% FR*			
Soins Hors "100 % SANTÉ" ^{**} :				
- Soins dentaires		100 % TM		100 % TM + 30 % BR
- Inlays-Onlays		300 % BR		400 % BR
Prothèses Hors "100 % SANTÉ" ^{**} :				
- Prothèses dentaires (Tarif maîtrisé et libre)		330 % BR		430 % BR
- Inlays-core (Tarif maîtrisé et libre)		140 % BR		140 % BR
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)		330 % BRR		430 % BRR
Orthodontie :				
- Remboursée par le RO	Avec devis : 280% BR		Sans devis : 230 % BR	Avec devis : 380% BR
- Non remboursée par le RO	Avec devis : 280% BRR		Sans devis : 230% BRR	Avec devis : 380% BRR
Limité à 6 semestres par bénéficiaire				Sans devis : 330% BR

Nature des garanties	Régime Professionnel Conventionnel - RPC ⁽¹⁾	Régime Supplémentaire y compris RPC ⁽¹⁾
AUTRES GARANTIES		
Transport	100 % TM	100 % TM
Cure thermique⁽³⁾ : - Forfait thermal et surveillance médicale	100 % TM	100 % TM
Médecine non remboursée par la Sécurité sociale⁽³⁾ : - Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étio-pathe, psychologue, psychothérapeute	30 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire	30 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Téléconsultation médicale (Garantie mise en œuvre par AXA Assistance)	Consultation médicale donnée à distance par un médecin à un patient telle qu'elle est définie dans le 1° de l'article R.6316-1 du code de la santé publique	Consultation médicale donnée à distance par un médecin à un patient telle qu'elle est définie dans le 1° de l'article R.6316-1 du code de la santé publique

abréviations

BR	Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme.
BRR	Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu
FR	Frais réels
OPTAM⁽⁴⁾	Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM-CO⁽⁴⁾	Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique.

PMSS	Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif 3 428 € pour 2020)
RO	Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire
RSS	Remboursement du Régime Obligatoire de Sécurité sociale
TM	Ticket modérateur. Différence entre la base de remboursement et le montant versé par la Sécurité sociale.

* Tels que définis par la réglementation. Le "100% Santé" permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du "100% Sant", la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif "Hors 100% Santé".

(1) Selon les dispositions prévues au contrat.

(2) Entrée en vigueur progressive à partir du 1^{er} janvier 2020 du dispositif "100% Santé" en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(3) PRÉCISIONS SUR LES GARANTIES :

- **Cure thermique** : Le versement de l'indemnité afférente à la cure thermique exclut tous les autres remboursements relatifs à celle-ci au titre des autres garanties (frais de transport, d'hébergement, forfait de surveillance médicale, forfait thermal...)
- **Médecine douce** : Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET.

(4) L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement.

Les présentes Garanties sont considérées comme responsables et respectent les obligations de prise en charge minimales et les plafonds fixés par les articles L.871-1 et L.911-7 et leurs textes d'application. Dans ce cadre, elles sont susceptibles d'évoluer en cas de modification de ces textes. Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier "100 % Santé".

Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent «EN COMPLEMENT DES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME OBLIGATOIRE et y compris celles versées au titre du RPC», c'est-à-dire que la prestation s'additionne à celle du Régime obligatoire (RO) de Sécurité sociale dont dépend l'assuré qu'il s'agisse de remboursements effectués au titre de l'assurance maladie, la maternité ou du régime Accidents du travail / Maladies professionnelles, à l'exclusion des garanties monture et verres. Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge. Les Garanties exprimées avec une limitation "par an et par bénéficiaire" sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre. Dans tous les cas, le total des remboursements du Régime obligatoire, de l'Institution, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Document non contractuel. Les informations fournies ne sont pas exhaustives. Pour connaître les conditions et limites du régime de protection sociale, se reporter à la notice.

Les garanties santé sont assurées par : APGIS - Institution de prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le n°930, régie par les articles L931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. SIREN N°304 217 904 - Siège social : 12 rue Massue - 94684 VINCENNES cedex - www.apgis.com.