

Adhésion possible à partir de 18 ans et jusqu'à 89 ans

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes Obligatoires (RO).

	INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4	INITIAL+ 5	INITIAL+ 6
HOSPITALISATION SECTEUR CONVENTIONNÉ						
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽¹⁾	100%	150%	200%	225%	275%	350%
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) ^{(1) (3)}	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** (ATM – ADC hors dentaire – ADE)	100%	150%	200%	225%	275%	300%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** (ATM – ADC hors dentaire – ADE)	100%	130%	180%	200%	200%	200%
Chambre particulière ⁽⁴⁾ (hors ambulatoire)	Néant	45 €/jour	55 €/jour	65 €/jour	75 €/jour	85 €/jour
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion	Néant	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	80 €/jour	90 €/jour
à compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes :	Néant	55 €/jour	65 €/jour	75 €/jour	85 €/jour	95 €/jour
Lit accompagnant ⁽⁴⁾	Néant	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion : Frais de télévision	Néant	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour
Frais de transport*	100%	100%	100%	150%	150%	200%
HOSPITALISATION SECTEUR NON CONVENTIONNÉ	INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4	INITIAL+ 5	INITIAL+ 6
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité – hors chirurgie dentaire)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
DENTAIRE	INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4	INITIAL+ 5	INITIAL+ 6
Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO (SDE – ADA – ADC dentaire – ADI – ATM – AXI – INO – END – TDS)	100%	100%	150%	150%	200%	200%
Prothèses dentaires, Inlay-Core, implantologie et orthodontie remboursés par le RO (PAM – PAR – PFC – PFM – RPN – PDT – ICO – IMP) et (TO – ORT)	100%	150%	200%	250%	275%	300%
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion :	115%	165%	215%	265%	290%	315%
à compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes :	130%	180%	230%	280%	300%	330%
Plafond dentaire (hors soins) ⁽⁶⁾	illimité	illimité	700€	1 000€	1 200€	1 400€
OPTIQUE ACCEPTÉE OU REFUSÉE PAR LE RO ⁽⁶⁾	INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4	INITIAL+ 5	INITIAL+ 6
Monture et verres (équipement)*** :						
NOUVEAU !	Bénéficiez des avantages du réseau Carte Blanche avec plus de 7 700 opticiens partenaires ⁽⁷⁾					
- Équipement à verres simples ou équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe	100%	125 €	175 €	200 €	250 €	300 €
- Équipement avec des verres complexes ou très complexes	100%	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
dont monture au sein de l'équipement limitée à :	100%	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €
Lentilles (par an) (y compris lentilles jetables)	100% ⁽⁸⁾	100 €	100 €	100 €	120 €	120 €
CONSULTATION ET PHARMACIE	INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4	INITIAL+ 5	INITIAL+ 6
Pharmacie	100%	100%	100%	100%	100%	100%
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion : Forfait pharmacie non remboursée par le RO	10 €	15 €	20 €	25 €	30 €	35 €
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**	100%	100%	125%	150%	200%	250%
Médecins généralistes ou spécialistes pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**	100%	100%	105%	130%	175%	200%
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Actes techniques médicaux (Médecins adhérents et non adhérents à l'OPTAM** ou l'OPTAM-CO**) (ATM – ADC hors dentaire – ADA)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Analyses – Actes de biologie	100%	100%	100%	125%	175%	200%
Imagerie Médicale pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** (ADI – ADE)	100%	100%	100%	125%	175%	200%
Imagerie Médicale pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO** (ADI – ADE)	100%	100%	100%	105%	125%	125%
Médecines naturelles (forfait annuel)	Néant	30 €	50 €	70 €	90 €	110 €
(Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Homéopathie, Pédicure)						
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion :	20 €	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €
à compter de la 3 ^e année d'adhésion et suivantes :	30 €	50 €	70 €	90 €	110 €	130 €
PRESTATIONS DIVERSES	INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4	INITIAL+ 5	INITIAL+ 6
Prothèses et appareillages (petit appareillage et accessoires)	100%	100%	125%	150%	200%	250%
BONUS FIDÉLITÉ Forfait supplémentaire à compter de la 2 ^e année d'adhésion :	20 €	20 €	40 €	40 €	80 €	120 €
Forfait supplémentaire à compter de la troisième année d'adhésion et suivantes :	40 €	40 €	60 €	60 €	100 €	140 €
Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage	100%	100%	125%	150%	200%	250%
SERVICES	INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4	INITIAL+ 5	INITIAL+ 6
Délai d'attente	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Questionnaire de santé	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Tiers payant national – Remboursements automatisés (télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Services d'assistance (aide à domicile, présence d'un proche au chevet, garde des animaux familiers...)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Aucun délai d'attente pour toutes les formules.

Aucun questionnaire médical.

-7 % pour un tarif couple ; -10 % si au moins 1 enfant (y compris famille monoparentale) ; -10 % pour les TNS et exploitants agricoles ; Gratuité du 3^e enfant jusqu'au 5^e inclus ; Régime Alsace-Moselle : -40 % pour les formules INITIAL+ 1 et INITIAL+ 2, -30 % pour les formules INITIAL+ 3 et INITIAL+ 4 et -20 % pour les formules INITIAL+ 5 et INITIAL+ 6.

L'Assureur des garanties santé est L'ÉQUITÉ.

À l'exclusion du forfait optique (monture + verres), vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euro. (Contrat responsable en application de la loi N° 2004-810 du 13 août 2004) – Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 8 € ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2005-1226 du 29 septembre 2005.

Sauf mention contraire, seules les prestations ayant donné lieu à un remboursement du régime obligatoire ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins. Ce montant d'honoraires ne peut en aucun cas faire l'objet d'un remboursement. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité sociale et le secteur conventionné.

(1) Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100 % du tarif de responsabilité, par an et par assuré.

(2) La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimitée dans les établissements de santé, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) où la durée est limitée à 30 jours. Par contre, le forfait journalier facturé par les établissements médicaux sociaux, notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), n'est pas pris en charge.

(3) La chambre particulière n'est pas prise en charge.

(4) Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 60 jours. La chambre particulière et le lit accompagnant ne sont pas pris en charge dans les établissements ou services suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées. Le lit accompagnant est pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans.

(5) Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % du tarif de responsabilité.

(6) Les montants indiqués incluent la prise en charge du ticket modérateur. Pour l'ensemble des formules, à l'exception de la formule INITIAL+ 1, la prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. Le forfait attribué pour la monture ne pourra pas excéder 150 €. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat.

(7) Retrouvez plus de précisions en page 6 de la présente notice d'information. La formule INITIAL+1 ne dispose pas de l'offre Prisms (zéro reste à charge).

(8) Pour la formule INITIAL+ 1, les lentilles refusées par le RO ne font pas l'objet d'un remboursement complémentaire.

*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.

**OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique

***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 très 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.

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) :ADC : Actes de chirurgie
ADA : Actes d'anesthésie
ADI : Actes d'imagerie
ADE : Actes d'échographie
ATM : Actes Techniques Médicaux
AXI : Prophylaxie bucco-dentaire
END : Actes d'endodontie
ICO : Inlay-Core
INO : Actes inlay-onlay
IMP : ImplantologieORT : Orthodontie médecin
PAR : Prothèses amovibles définitives résine
PAM : Prothèses amovibles définitives métalliques
PDT : Prothèses dentaires provisoires
PFC : Prothèses fixes céramiques
PFM : Prothèses fixes métalliques
SDE : Soins dentaires
TDS : Parodontologie
TO : Orthodontie
RPN : Réparation sur prothèses