

**LA COMPLEMENTAIRE SANTE INDIVIDUELLE**

**NATURE DES PRESTATIONS**

**HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE**

	BRONZE	ARGENT	OR
Honoraires "Secteur conventionné"	200% BR	300% BR	400% BR
Forfait journalier hospitalier (1)	100% FR	100% FR	100% FR
Frais de séjour "Secteur conventionné"	100% FR	100% FR	100% FR
Prise en charge de la franchise pour tout acte supérieur à 120 €	18 €	18 €	18 €
Chambre particulière "Secteur conventionné" (1)	45 €/jour	60 €/jour	70 €/jour
Frais d'hospitalisation "Secteur non conventionné" (2)	60 €/jour	70 €/jour	80 €/jour
Honoraires "Secteur non conventionné" (2)	80% FR	80% FR	80% FR
Frais accompagnement (enfant jusqu'à 12 ans inclus)	45 €/jour	45 €/jour	60 €/jour

**FRAIS DE TRANSPORT**

**SOINS COURANTS**

Consultations & Visites	170% BR	220% BR	320% BR
Actes de spécialité (ADC - ATM - ADE) (3)	170% BR	220% BR	320% BR
Prise en charge de la franchise pour tout acte supérieur à 120 €	18 €	18 €	18 €
Radios	170% BR	220% BR	320% BR
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinés...)	160% BR	210% BR	310% BR
Analyses, actes biologiques	160% BR	210% BR	310% BR
Pharmacie (vignettes blanches ou bleues ou oranges)	100% TFR	100% TFR	100% TFR

**DENTAIRE**

Soins	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèse dentaire acceptée par le Régime Obligatoire (4)	320% BR	420% BR	520% BR
Prothèse dentaire non acceptée par le Régime Obligatoire (4)	250% BR	350% BR	450% BR
Orthodontie acceptée (4)	350% BR	450% BR	550% BR
Implant (Forfait par an) (4)	100 €	150 €	200 €
Parodontologie (4)	75 €	100 €	150 €

**OPTIQUE**

Frais Optique	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait global (verres, monture) (5)	300 €	400 €	450 €
Forfait global (lentilles)	100 €	130 €	170 €
Opération au laser des yeux (par œil)	150 €	200 €	250 €

**CURE THERMALE**

Soins	100% BR	100% BR	100% BR
Transport et hébergement (Forfait annuel)	100 €	100 €	100 €

**APPAREILLAGE**

Prothèses auditives	165% BR	215% BR	315% BR
Petit appareillage	165% BR	215% BR	315% BR
Grand appareillage	100% BR + 400 €	100% BR + 400 €	100% BR + 400 €

**PREVENTION (Contrat Responsable)**

Vaccin sur prescription médicale	100% BR	100% BR	100% BR
Détartrage annuel complet	100% BR	100% BR	100% BR
Ostéodensitométrie acceptée par le Régime Obligatoire	100% BR	100% BR	100% BR
Ostéodensitométrie "Forfait annuel"	40 €	40 €	40 €

**ALLOCATIONS**

Prime de naissance ou adoption	150 €	150 €	200 €
--------------------------------	-------	-------	-------

**BIEN ETRE & SERVICE**

Assistance auprès de R.M.A.	Inclus	Inclus	Inclus
Actes de spécialités non pris en charge par le R.O. (6)	30 € / 4 fois par an	30 € / 4 fois par an	30 € / 4 fois par an



**Gratuité à partir du 3ème enfant**

\* Remboursement Régime Obligatoire + Mutuelle OPALE

BR : Base de Remboursement de la sécurité sociale  
FR : Frais réels

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité

*Les % sont exprimés sur la base des tarifs de responsabilité fixés par le Régime Obligatoire. Le remboursement de votre Mutuelle ne peut excéder les dépenses réelles engagées.*

**(1)** Prise en charge limitée à 30 jours en séjour spécialisé : psychiatrie, convalescence, rééducation et maison d'accueil. Les Frais personnels ne sont pas pris en charge.

**(2)** Plafond annuel par bénéficiaire de 3000 € incluant tous les frais engagés

**(3)** En cas de non respect du parcours de soins coordonné, application de la franchise réglementaire et non prise en charge de la modification de la prestation en nature de l'Assurance maladie.

**(4)** Plafond graduel. 1ère année = 1000 € / 2ème année = 2000 € / 3ème année et plus = 3000 €. La date de référence est la date de souscription du contrat.

**(5)** Forfait par année civile et bénéficiaire + "EPARGNE OPTIQUE" dès la deuxième année soit 50% de + si non utilisée la première année et doublée la troisième année si non utilisée les 2 années antérieures.

**(6)** Forfait (ostéopate - chiropracteur - acupuncteur - nutritionniste - éthiopate - homéopathe)

Contrat responsable conforme au Décret N° 2005-1926 du 29/09/2005 et aux dispositions légales de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale.