

HOSPITALISATION SECTEUR CONVENTIONNÉ

	INITIAL+ 1	INITIAL+ 2	INITIAL+ 3	INITIAL+ 4	INITIAL+ 5	INITIAL+ 6
Frais de séjour (y compris maternité) ⁽¹⁾	100 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
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**	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %	300 %
(ATM – ADC hors dentaire – ADE)						
Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**	100 %	130 %	180 %	200 %	200 %	200 %
(ATM – ADC hors dentaire – ADE)						
Chambre particulière ⁽⁴⁾ (hors ambulatorio)	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 :						
Lit accompagnant ⁽⁴⁾	Néant	55 €/jour	65 €/jour	75 €/jour	85 €/jour	95 €/jour
BONUS FIDÉLITÉ à compter de la 2 ^e année d'adhésion : Frais de télévision	Néant	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour
Frais de transport*	100 %	100 %	100 %	150 %	150 %	200 %

HOSPITALISATION SECTEUR NON CONVENTIONNÉ

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 À partir du 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

Soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par le RO	100 %	100 %	150 %	150 %	200 %	200 %
(SDE – ADA – ADC dentaire – ADI – ATM – AXI – INO – END – TDS)						
Prothèses dentaires, Inlay-Core, implantologie et orthodontie remboursés par le RO	100 %	150 %	200 %	250 %	275 %	300 %
(PAM – PAR – PFC – PFM – RPN – PDT – ICO – IMP) et (TO – ORT)						
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) ⁽⁵⁾	illimité	illimité	900 €	1 200 €	1 400 €	1 600 €

OPTIQUE ACCEPTÉE OU REFUSÉE PAR LE RO À partir du 1^{er} janvier 2020 - Réforme 100% Santé

CARTE BLANCHE	Bénéficiez des avantages du réseau Carte Blanche avec plus de 7 700 opticiens partenaires ⁽⁷⁾					
Monture et verres (équipement)*** :						
- 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 €
Lentilles (par an) (y compris lentilles jetables)	100 % ⁽⁶⁾	100 €	100 €	100 €	120 €	120 €

CONSULTATION ET PHARMACIE

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**)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
(ATM – ADC hors dentaire – ADA)						
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)						
(Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Homéopathie, Pédiacure)	Néant	30 €	50 €	70 €	90 €	110 €
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

Cure thermique ⁽⁹⁾	100 %	100 % + 100 €	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 150 €	100 % + 150 €
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 €

À partir du 1^{er} janvier 2021 - Réforme 100% Santé

Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------

SERVICES

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 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'à 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'EQUITÉ.

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 prévus 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 ont 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) Limite 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 limitée dans les établissements de santé, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) ou 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 forfaits optiques incluent le ticket modérateur. 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 € en 2019. À partir du 1^{er} janvier 2020 et conformément à la réforme 100% Santé, le forfait attribué pour les montures sera plafonné à 100 € dans le cadre d'un équipement de classe B et ne pourra pas excéder 30 € pour un équipement de classe A. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat. Le panier «100% santé» prévoit des verres et des montures aux prix limités (30 € pour les montures), sans reste à charge pour les assurés (équipements de classe A). Les assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100 €. L'assuré peut choisir des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100 €).

(7) Retrouvez plus de précisions en page 7 de la présente notice d'information. La formule INITIAL+1 ne dispose pas de l'offre Prysm (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.

(9) Les garanties souscrites pour le remboursement de la Cure thermique sont soumises à un délai de carence de 6 (six) mois. Elles sont acquises 6 (six) mois après la date d'effet du contrat. Sur présentation des justificatifs et dans la limite des frais engagés.

(10) Le 100% SANTÉ 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 1^{er}

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.

***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	PAR : Prothèses amovibles définitives résine
ADA : Actes d'anesthésie	PAM : Prothèses amovibles définitives métalliques
ADI : Actes d'imagerie	PDT : Prothèses dentaires provisoires
ADE : Actes d'écographie	PFM : Prothèses fixes métalliques
ATM : Actes Techniques Médicaux	SDE : Soins dentaires
AXI : Prophylaxie bucco-dentaire	TDS : Parodontologie
END : Actes d'endodontie	TO : Orthodontie
ICO : Inlay-Core	RPN : Réparation sur prothèses
INO : Actes inlay-onlay	
IMP : Implantologie	
ORT : Orthodontie	
médécin	



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.

GARANTIES INCLUSES DANS LE PANIER 100% SANTÉ		REMBOURSEMENT SUR TOUTES LES FORMULES	COMPOSITION DU PANIER	ENTRÉE EN VIGUEUR
OPTIQUE				
Monture	Au maximum de 100€ ⁽¹⁾	- Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30€ (classe A). Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes «100% santé» en deux coloris différents ; - Verres traitant l'ensemble des troubles visuels ; - Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.	À partir de janvier 2020	
Verres	Entièrement remboursé			
DENTAIRE				
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire), Inlays-Onlays Inlay-Core Prothèses dentaires	Entièrement remboursé	- Couronnes céramiques monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1er prémolaire) ; couronnes céramiques monolithiques zircons (incisives et canines) ; couronnes métalliques toutes localisations ; - Inlays core et couronnes transitoires ; - Bridges céramo-métalliques (incisives et canines) ; bridges full zircon et métalliques toutes localisations ; prothèses amovibles à base de résine.	Progressif à partir de janvier 2020	
AIDES AUDITIVES				
Prothèses auditives	Entièrement remboursé	- Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique ; contour à écouteur déporté ; intra-auriculaire ; - Au moins 12 canaux de réglages (ou dispositif de qualité équivalente pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif ; système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ; - 4 ans de garantie ; - Au moins 3 des options suivantes : système anti-acoûphène, connectivité sans fil, réducteur de bruits de vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptatives, bande passante élargie ≥ 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.	À partir de janvier 2021	

(1) Le panier «100% santé» prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les assurés (équipements de classe A). Les assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€. L'assuré peut choisir des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100€).

LES DATES «CLÉS» DE MISE EN PLACE DU NOUVEAU DISPOSITIF *

**DÈS
2019**

- Les tarifs du panier «100% santé» seront plafonnés en audiologie (dès janvier) et en dentaire (dès avril).
- Le remboursement des aides auditives (Sécurité sociale + complémentaire) augmentera de 100€.
- Au total, le reste à charge pour les assurés diminuera de 200€ en moyenne pour les aides auditives (audioprothèses).

**DÈS
2020**

- L'offre «100% santé» sera garantie en optique ainsi que pour une partie du panier dentaire.
- Pour les aides auditives, le plafond des tarifs sera abaissé de 200€ et le remboursement «Sécurité sociale + complémentaire» augmenté de 50€, soit un gain de reste à charge de 250€ en moyenne.

**DÈS
2021**

L'offre «100% santé» sera garantie pour le reste du panier dentaire, ainsi que pour les aides auditives.

* source: dossier presse du gouvernement du 13 juin 2018