

Garanties - incluant le remboursement du régime obligatoire (sauf pour les prestations exprimées en euros) et dans la limite des frais réels. Pour toutes les garanties précisées, dès lors que la Sécurité sociale accepte l'acte, le minimum remboursé est le ticket modérateur. Les garanties respectent le cadre des contrats responsables.		TRANQUILLITE	EXCELLENCE
HOSPITALISATION y compris maternité			
Frais de séjour secteur conventionné		400% BR	520% BR
Frais de séjour secteur non conventionné		100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier		100 % FR	100 % FR
Honoraires médicaux ou chirurgicaux en secteur conventionné: - par un adhérent à un DPTAM (1) - par un non-adhérent à un DPTAM (1)		400% BR 200% BR	520% BR 200% BR
Chambre particulière NUIT(2)		60 € / j pendant 90 jours	90 € / j pendant 90 jours
Chambre particulière AMBULATOIRE (2)		30 € / j pendant 90 jours	45 € / j pendant 90 jours
Lit d'accompagnement <16 ans ou > 70 ans <i>Pour un enfant de -16 ans. Ou adulte de plus de 70 ans,</i>		60 € / j pendant 90 jours	90 € / j pendant 90 jours
Franchise pour actes >120€		100 % FR	100 % FR
SOINS COURANTS			
Médecin généraliste: - adhérent DPTAM (1) - non-adhérent DPTAM (1)		250% BR 200% BR	310% BR 200% BR
Médecin spécialiste: - adhérent DPTAM (1) - non-adhérent DPTAM (1)		340% BR 200% BR	400% BR 200% BR
Actes techniques médicaux & chirurgie par un médecin: - adhérent DPTAM (1) - non-adhérent DPTAM (1)		340% BR 200% BR	400% BR 200% BR
Analyses, travaux de laboratoire		200% BR	260% BR
Auxiliaires médicaux: - adhérent DPTAM (1) - non-adhérent DPTAM (1)		290% BR 200% BR	400% BR 200% BR
Radiologie & acte d'imagerie par: - adhérent DPTAM (1) - non-adhérent DPTAM (1)		250% BR 200% BR	390% BR 200% BR
Transport (pris en charge par la Sécurité sociale)		100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée, vaccins prescrits non remboursés SS, sevrage tabagique, contraception (2)		75 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
Pharmacie à 15%, 30% ou 65%		100 % BR	100 % BR
OPTIQUE <i>Limité à un équipement (2 verres et 1 monture) par personne tous les 2 ans, ou tous les ans pour les enfants <16 ans ou en cas de modification de la vue comme précisé réglementairement. La période démarre avec la date de facture.</i>		Plafond optique de 25% PMSS / an / bénéficiaire	Plafond optique de 25% PMSS / an / bénéficiaire
100% SANTÉ Équipement optique complet (monture et verres) <i>classe A - "Offre 100% santé" (3) (4)</i>		100% FR <i>dans la limite des PLV</i>	100% FR <i>dans la limite des PLV</i>
Équipement optique: <i>classe B - "Offre libre" (3)</i>			
2 verres simples (voir grille optique (a))		270 €	370 €
2 verres complexes (voir grille optique (b))		370 €	470 €
2 verres très complexes (voir grille optique (c))		470 €	570 €
Dont monture (remboursement SS inclus) limitée à:		100 €	100 €
En cas d'équipement mixte 100% santé et tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture 100% santé.			
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (2) <i>Avec au minimum le remboursement du TM pour les lentilles acceptées.</i>		170 € / an / bénéficiaire	270 € / an / bénéficiaire
Lentilles prescrites mais refusées par la Sécurité sociale (2)		150 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive (par œil) (2)		450 € / an / œil	510 € / an / œil
DENTAIRE (5) au delà du plafond, et dans le respect des obligations relatives aux contrats responsables, les actes dentaires pris en charge par le RO seront remboursés à hauteur du panier de soin.		Plafond dentaire de 33% PMSS / an / bénéficiaire	Plafond dentaire de 33% PMSS / an / bénéficiaire
100% SANTÉ Soins et Prothèses dentaires <i>"Offre 100% santé" (6)</i>		100% FR <i>dans la limite des HLF</i>	100% FR <i>dans la limite des HLF</i>
Soins et actes techniques dentaires <i>"Hors Offre 100% santé" (6)</i>		390% BR	500% BR
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale <i>"Offre modérée" (6)</i>		370% BR <i>dans la limite des HLF</i>	500% BR <i>dans la limite des HLF</i>
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale <i>"Offre libre" (6)</i>		370% BR	500% BR
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale (2)		forfait 230 € / an / bénéficiaire	forfait 280 € / an / bénéficiaire
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		390% BR	500% BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale		150% BR reconstituée (*)	200% BR reconstituée (*)
Forfait Implantologie et Parodontologie non remboursée (2)		forfait 515 € / an / bénéficiaire	forfait 1050 € / an / bénéficiaire
AIDES AUDITIVES			
100% SANTÉ Audioprothèses <i>classe 1 - "Offre 100% santé" (à compter du 01/01/2021) (7) Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans</i>		100% FR <i>dans la limite des PLV</i>	100% FR <i>dans la limite des PLV</i>
Appareillage auditif accepté par la Sécurité sociale <i>classe 2 - "Offre libre" (à compter du 01/01/2021) (7) Plafond réglementaire de 1700€/oreille - Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans</i>		250% BR	400% BR
Appareillage auditif accepté par la Sécurité sociale <i>(jusqu'à 31/12/2020)</i>		250% BR	400% BR
CURE THERMALE (acceptée Sécurité Sociale)			
Honoraires et forfaits (2)		forfait 375 € / an / bénéficiaire	forfait 675 € / an / bénéficiaire
Transports et hébergements (2)			
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES			
Pack - Médecines douces (2) Ostéopathie, acupuncture, nutritionniste, podologue, psychomotriciens		20 € / séance, limité à 3 séances / an	25 € / séance, limité à 4 séances / an
Autres Prothèses (hors dentaires, optiques et aides auditives), orthopédie, appareillage, acceptés par la Sécurité sociale		250% BR (**)	400% BR (**)
Actes de prévention légaux (autres vaccins, dépistages...)		Pris en Charge	Pris en Charge
Frais d'obésques		néant	2500 € (***)
Forfait ostéodensitométrie (2) <i>Sur facture de soins et dans la limite des frais réels</i>		50 € / an / bénéficiaire	90 € / an / bénéficiaire
ASSISTANCE & SERVICES			
MutualAssistance : 09 77 40 69 01 (appel non surtaxé). Voir notice spécifique.		INCLUS	INCLUS
Proximité&Moi : accompagnement par téléphone au 09 69 39 09 23 et sur proximeetmoi.fr		INCLUS	INCLUS
Médecin Direct : télémédecine 24h/24 et 7j/7 au 09 74 59 51 10 et sur medicindirect.fr		INCLUS	INCLUS
Tiers payant ALMÉRY		INCLUS	INCLUS
Compte adhérent en ligne		INCLUS	INCLUS
TARIFS fixés du 01/07/2020 jusqu'au 31/12/2021		SEUL DUO	
		89 €	118 €
		155 €	198 €

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale FR : Frais réels HLF : Honoraire Limite de Facturation
DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maltrisée TM : Ticket modérateur PLV : Prix Limite de Vente
Prestations en vigueur à compter du 01/01/2020, sauf offre audioprothèse classe 1 (offre 100% santé) et classe 2 (offre libre) à compter du 01/01/2021.

Grille optique		Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)	
a - Verres simples	a) verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindres ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère-cylindre) ≤ 6		
b - Verres complexes	b) verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -6 et cylindre ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère-cylindre) ≥ 6 verres multifocaux ou progressifs : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère-cylindre) ≤ 8		
c - Verres très complexes	c) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -8 et cylindres ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère-cylindre) > 8		

(1) La garantie est au minimum du ticket modérateur. Pour les médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs légaux de modulation d'honoraires (DPTAM), la garantie est diminuée de 20% de la BR pour un total maximum de 200% de la BR.
(2) L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (2), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile.
(3) Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Un renouvellement anticipé (sans délai) des verres est également en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. En cas d'équipement mixte (classe A et B), la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture "100% santé".
(4) Telle que définie réglementairement, cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de Classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appareillage pour des verres d'indice de réfraction différents, l'adaptation de la correction et le supplément applicable pour les verres avec filtres tels que définis au 2° alinéa de l'art L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente). En application de l'art L165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
(5) Les actes dentaires pris en charge par le Régime obligatoire sont remboursés à hauteur des minimums prévus au panier de soins.
(6) Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite prévue des honoraires de facturation pour ce type d'acte en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Pour "Offre modérée" et "Offre libre" : dans la limite des Honoraires Limites de Facturation fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité Sociale.
(7) Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond réglementaire de 1700€ par oreille). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(*) Sur base de TO 50 (BR fixée à 107,50 € en 2020).
(**) Remboursements plafonnés à 5000 € / an / bénéficiaire
(***) Allocation obésques acquise au delà de 5 ans d'adhésion