

Les remboursements incluent les remboursements du régime de base ; ils ne peuvent dépasser les frais restant à la charge de l'assuré.
La contribution forfaitaire reste à la charge de l'assuré*.

Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurance visés à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables".

CIMEA	30	40	50
HOSPITALISATION MÉDICALE/CHIRURGICALE/A DOMICILE • Tiers-payant MATERNITÉ • Tiers-payant MAISON DE REPOS/CONVALESCENCE⁽¹⁾ • Tiers-payant <ul style="list-style-type: none"> Etablissements conventionnés - Frais de séjour et honoraires - Chambre particulière Etablissements non conventionnés - Frais de séjour et honoraires - Chambre particulière Lit accompagnant d'une personne assurée (limité à 60 jours par an) Forfait hospitalier⁽²⁾ - durée illimitée Forfait naissance ou adoption versé si la mère est inscrite 	100 % FR 100 % FR 70 % FR 80 €/jour 30 €/jour 100 % FR 400 €	100 % FR 100 % FR 80 % FR 100 €/jour 40 €/jour 100 % FR 450 €	100 % FR 100 % FR 90 % FR 150 €/jour 50 €/jour 100 % FR 500 €
TRANSPORT • Tiers-payant⁽³⁾ <ul style="list-style-type: none"> Transports médicalement prescrits pour traitement ou hospitalisation 	100 % BR	100 % BR	100 % BR
CURE THERMALE <ul style="list-style-type: none"> Honoraires, soins, forfait thermal (si pris en charge par le régime de base) Forfait annuel cure thermale ou thalassothérapie, en France, médicalement prescrite (par bénéficiaire) 	300 % BR 350 €	400 % BR 375 €	500 % BR 400 €
SOINS INOPINÉS A L'ÉTRANGER <ul style="list-style-type: none"> Hospitalisation, soins médicaux 	300 % RSS	400 % RSS	500 % RSS
HONORAIRES MÉDICAUX* <ul style="list-style-type: none"> Consultations et visites** Auxiliaires médicaux, analyses**, actes d'imagerie**, échographies**, travaux de laboratoires** • Tiers-payant⁽³⁾ Actes de chirurgie**, actes techniques médicaux**, actes d'obstétrique**, anesthésies** Actes d'ostéopathe⁽⁴⁾, d'étéopathe⁽⁴⁾, de chiropracteur⁽⁴⁾, d'acupuncteur⁽⁴⁾ ou de diététicien⁽⁴⁾ (maximum 5 consultations par an et par bénéficiaire, toutes spécialités) : remboursement par acte Ostéodensitométrie ou Amniocentèse ou Fécondation In Vitro (remboursement par an et par bénéficiaire pour l'un des 3 actes) 	270 % BR 270 % BR 270 % BR Maximum 30 € Maximum 60 €	370 % BR 370 % BR 370 % BR Maximum 35 € Maximum 70 €	470 % BR 470 % BR 470 % BR Maximum 40 € Maximum 80 €
PHARMACIE** <ul style="list-style-type: none"> Pharmacie prise en charge (y compris l'homéopathie) • Tiers-payant⁽³⁾ Pharmacie prescrite mais non remboursée (sevrage tabagique, pilule 3^{ème} génération, traitement paludisme, vaccins..., parapharmacie exclue) : remboursement par an et par bénéficiaire Vaccin contre la grippe (sans limite d'âge) 	100 % TFR Maximum 60 € 100 % FR	100 % TFR Maximum 65 € 100 % FR	100 % TFR Maximum 70 € 100 % FR
APPAREILLAGE <ul style="list-style-type: none"> Orthopédie, prothèses auditives Prothèse capillaire 	300 % BR 300 % RSS	400 % BR 400 % RSS	500 % BR 500 % RSS
DENTAIRE <ul style="list-style-type: none"> Soins Prothèses et orthodontie remboursables par le régime de base BONUS FIDÉLITÉ : à partir de la 3^{ème} année d'adhésion⁽⁵⁾ Prothèses non prises en charge par le régime de base ou traitements parodontologie ou implantologie (remboursement par année d'adhésion et par bénéficiaire) <ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} année - 2^{ème} année - 3^{ème} année et suivantes Plafond annuel⁽⁶⁾ <ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} année - 2^{ème} année - 3^{ème} année et suivantes 	270 % BR 300 % BR +50 % BR Maximum 300 € 800 € 1 600 € Aucun	320 % BR 350 % BR +50 % BR Maximum 300 € 1 000 € 2 000 € Aucun	370 % BR 400 % BR +100 % BR Maximum 300 € 1 200 € 2 400 € Aucun
OPTIQUE (remboursement en complément du régime de base) <ul style="list-style-type: none"> Verres, monture, lentilles remboursables par le régime de base, lentilles médicalement prescrites non prises en charge par le régime de base, chirurgie réfractive (intervention au laser pour la myopie ou la presbytie) 	Maximum 300 € par an et bénéficiaire	Maximum 330 € par an et bénéficiaire	Maximum 350 € par an et bénéficiaire

Assistance Plus : aide à domicile en cas d'hospitalisation, aide à la recherche d'emploi, allo maman bébé, garantie en cas de décès accidentel, etc (se reporter à la notice AP).

⁽¹⁾ La prise en charge est limitée à 90 jours par an, et le séjour en maison de repos ou de convalescence doit faire suite à une hospitalisation.

⁽²⁾ Ce montant correspond au forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

⁽³⁾ Tiers-payant disponible uniquement dans certains départements (selon accords passés avec les praticiens) dans la limite du ticket modérateur. Les soins externes peuvent aussi faire l'objet de tiers-payant.

⁽⁴⁾ Praticien inscrit auprès d'une association professionnelle reconnue.

⁽⁵⁾ Le nombre d'années est calculé à partir de la date d'effet de la garantie. Le bonus fidélité s'applique aux prothèses dentaires et à l'orthodontie remboursables par le régime de base.

⁽⁶⁾ Le plafond annuel s'applique sur l'ensemble du poste dentaire ; le nombre d'années est calculé à partir de la date d'effet de la garantie.

*Lorsque le régime de base applique à l'assuré la contribution forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale, cette contribution reste à sa charge et ne peut être remboursée par la complémentaire santé. **Le présent contrat ne couvre pas les dépassements d'honoraires et/ou la majoration du ticket modérateur pouvant résulter du non respect du parcours de soins, mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale.

DÉFINITIONS : BR (Base de Remboursement) : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné - FR (Frais Réels) : montant des dépenses engagées par l'assuré - RSS (Remboursement Sécurité Sociale) : dans ce cas, le remboursement présenté dans ce descriptif s'ajoute à celui du régime de base - TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité) : base de remboursement du médicament établie à partir du prix des génériques du groupe auquel il appartient.