

# TABLEAU DES GARANTIES GAMME SANTÉ FAMILLE

*Garanties - les taux incluent le remboursement du régime obligatoire et sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.  
Le remboursement est effectué dans la limite des frais réels engagés.*



<b>HOSPITALISATION</b>	
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes DPTAM (2)	100%
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes non DPTAM (2)	100%
Frais de séjour en secteur conventionné	DÉPENSE ENGAGÉE
Frais de séjour en secteur non conventionné	100%
Honoraires en soins de suite et de réadaptation, rééducation, psychiatrie DPTAM (2)	100%
Honoraires en soins de suite et de réadaptation, rééducation, psychiatrie non DPTAM (2)	100%
Frais de séjour en soins de suite et de réadaptation, rééducation, psychiatrie	100%
Forfait journalier hospitalier et Forfait Patient Urgences	FORFAITS REMBOURSÉS
Participation forfaitaire sur les actes ≥ 120 €	OUI
Chambre particulière (nuit et ambulatoire) limitée à 15 jours/séjour/bénéficiaire (hospitalisation et Soins Médicaux et de Réadaptation cumulés). En psychiatrie limitée à 20 jours/an/bénéficiaire (1)	50 €/jour
Frais d'accompagnement (enfant moins de 16 ans) limité à 15 jours/séjour/personne (hospitalisation et suites cumulées).	30 €/jour
Transports remboursés par la Sécurité sociale	100%



<b>MALADIE - MéDECINE COURANTE (dont soins externes)</b>	
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes DPTAM (2)	120%
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes non DPTAM (2)	100%
Radiologie DPTAM (2)	120%
Radiologie non DPTAM (2)	100%
Participation forfaitaire sur les actes ≥ 120 €	OUI
Infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, pédicures	110%
Consultations psychologiques du dispositif Mon soutien psy de la Sécurité sociale (article L. 162-58 du Code de la Sécurité sociale, Décrets et Arrêtés en vigueur)	12 séances/an
Analyses et examens de laboratoire	110%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100%
Orthopédie et appareillage (hors fauteuil roulant) acceptés par la Sécurité sociale	125%
Fauteuil roulant accepté par la Sécurité sociale	100%



<b>SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES (Prestations plafonnées à) (8)</b>	
■ 100% SANTÉ ■ Prothèses dentaires "offre 100% Santé" (3) ***	100% FR dans la limite des HLF
Actes techniques, chirurgie, radiologie, soins dentaires et parodontologie acceptée Sécurité sociale	125%
Prothèses dentaires ("offre maîtrisée" et "offre libre") (3) ***	170%
Implantologie (1) ***	-
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	170%
Orthodontie refusée Sécurité sociale (1)	-



<b>AIDES AUDITIVES</b>	
■ 100% SANTÉ ■ Audioprothèse classe 1 "offre 100% Santé" (4)	100% FR dans la limite des PLV
Audioprothèse classe 2 "offre libre" (4)	125%



<b>OPTIQUE (en classe B, forfait exprimé en euros comprenant le ticket modérateur). Le remboursement de la monture est limité à 100€ en classe B et 30€ en classe A (5) (6)</b>	
■ 100% SANTÉ ■ Équipement optique classe A complet (monture et verres) "offre 100% Santé" (5) (6)	1000€/an/bénéficiaire
Équipement optique classe B complet (monture et verres) "Offre libre" (5) :	1100€/an/bénéficiaire
Monture avec deux verres simples (a)*	100% FR dans la limite des HLF
OU Monture avec un verre simple et un complexe (b)*	100% FR dans la limite des HLF
OU Monture avec un verre simple et un très complexe (d)*	100% FR dans la limite des HLF
OU Monture avec deux verres complexes (c)*	100% FR dans la limite des HLF
OU Monture avec un verre complexe et un très complexe (e)*	100% FR dans la limite des HLF
OU Monture avec deux verres très complexes (f)*	100% FR dans la limite des HLF
La prise en charge de la monture dans l'équipement optique est limitée à :	1200€/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive	100% FR dans la limite des PLV
ET Lentilles acceptées Sécurité sociale (1)	100% FR dans la limite des PLV
OU Lentilles cornéennes non remboursées Sécurité sociale (1)	100% FR dans la limite des PLV
<b>CURES THERMALES acceptées par la Sécurité sociale</b>	1300€/an/bénéficiaire
Honoraires et forfaits	100% FR dans la limite des PLV
Transports et hébergement (1)	100% FR dans la limite des PLV
<b>PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES</b>	100% FR dans la limite des PLV
Acupuncteur, ostéopathe, diététicien (non remboursé par la Sécurité sociale) (1)**	100% FR dans la limite des PLV
Vaccin anti-grippe (non remboursé par la Sécurité sociale) (1)**	100% FR dans la limite des PLV
Soins à l'étranger**	100% FR dans la limite des PLV
Actes de prévention légaux (autres vaccins, dépistages, ostéodensitométrie)	100% FR dans la limite des PLV
Arrêté du 8 juin 2006 - Article R 871-2 II du code de la Sécurité sociale**	100% FR dans la limite des PLV
Allocation naissance/adoption (7)	100% FR dans la limite des PLV



BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale  
DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé

BASE 1	BASE 2	BASE 3	BASE 4
100%	230%	380%	430%
100%	200%	200%	200%
DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE
100%	230%	380%	430%
100%	180%	180%	180%
100%	160%	160%	160%
100%	180%	180%	180%
FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS
OUI	OUI	OUI	OUI
50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	80 €/jour
30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	35 €/jour
100%	100%	100%	100%
120%	170%	220%	270%
100%	150%	200%	200%
120%	170%	200%	250%
100%	150%	180%	200%
100%	170%	190%	240%
110%	170%	190%	240%
12 séances/an	12 séances/an	12 séances/an	12 séances/an
110%	170%	190%	240%
100%	100%	100%	100%
100% + 1000€	100% + 1500 €	100% + 2000 €	100% + 2000 €
1000€/an/bénéficiaire	1100€/an/bénéficiaire	1200€/an/bénéficiaire	1300€/an/bénéficiaire
100% FR dans la limite des HLF			
125%	195%	220%	320%
170%	245%	320%	370%
-	180 €/an/bénéficiaire	250 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire
170%	170%	290%	350%
-	150 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
100% FR dans la limite des PLV			
125%	185%	210%	290%
210 €	290 €	330 €	370 €
220 €	300 €	340 €	380 €
230 €	310 €	350 €	390 €
240 €	320 €	360 €	400 €
250 €	330 €	370 €	410 €
260 €	340 €	380 €	420 €
100 €	100 €	100 €	100 €
-	170 €/œil	200 €/œil	240 €/œil
100 €	100% + 180 €/an/bénéficiaire	100% + 210 €/an/bénéficiaire	100% + 240 €/an/bénéficiaire
-	180 €/an/bénéficiaire	210 €/an/bénéficiaire	240 €/an/bénéficiaire
100% FR dans la limite des PLV			
100%	100%	100%	100%
-	150 €/an/bénéficiaire	250 €/an/bénéficiaire	280 €/an/bénéficiaire
80 €/an/bénéficiaire	140 €/an/bénéficiaire	180 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
-	-	60 €/an/bénéficiaire	60 €/an/bénéficiaire
100%	100%	100%	100%
Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
-	200 €	250 €	300 €

FR : Frais réels  
PMSS : Plafond Mensuel Sécurité sociale  
HLF : Honoraires Limites de Facturation  
PLV : Prix Limites de Vente

ASSISTANCE ET SERVICES

FOR ME : Assistance vie quotidienne, juridique, sociale, administrative et psychologique. Tél : 01 41 61 23 95 de 9h à 18h du lundi au vendredi. Cellule d'écoute psychologique accessible 24h/ 24 et 7j/7

MédecinDirect: télémédecine 24h/24 et 7j/7 au 09 74 59 51 10 ou sur medecindirect.fr et appli mobile

Ascelliance Retraite : 04 72 69 89 09 ou ascelliance-retraite.fr

Tiers payant

Compte adhérent en ligne

\* voir grille optique ci-dessous

Inclus dans votre contrat

Grille optique

a - Verres simples  
c - Verres complexes  
f - Verres très complexes  
b - Verres a & c  
d - Verres a & f  
e - Verres c & f

Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)

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  
c) 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  
f) 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

Prestations en vigueur à compter du 08/01/2024. Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité sociale ou en Euros. Les taux incluent le remboursement du Régime obligatoire.

\*\* Sur présentation de facture acquittée \*\*\*Sur présentation de la carte d'identification (ou le bon de livraison), de la déclaration de conformité \*\*\*\* Sur présentation du passeport implantaire

Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables. Toutes les garanties de la présente plaquette, indépendamment de leur caractère solidaire et responsable, ne prennent pas en charge : la participation forfaitaire de 1€ laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin de ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale - les majorations de participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins - dès que cette réglementation entrera en vigueur, la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient