

	Côté JE - F1	Côté JE - F2	Côté JE - F3	Côté JE - F4
<b>SOINS COURANTS</b>				
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>				
Médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR	170% BR	220% BR
Radiologie : médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Radiologie : médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR	170% BR	220% BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b> (Analyses Médicales)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX</b> (Auxiliaires médicaux : infirmiers, orthophonistes...)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>MÉDICAMENTS</b>				
Médicaments à Service Médical Rendu Important (PH7) ou Modéré (PH4) remboursés par le Régime Obligatoire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu Faible (PH2) remboursés par le Régime Obligatoire	Non souscrit	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments non remboursés prescrits ou non, dont contraception <sup>(2)</sup>	Non souscrit	45 € / an	70 € / an	100 € / an
<b>MATÉRIEL MÉDICAL</b> (Prothèses orthopédiques et autres appareillages)	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
<b>AUTRES FRAIS</b>				
Ostéopathe	Non souscrit	Non souscrit	120 € / an	160 € / an
Cure Thermale prise en charge par le Régime Obligatoire	Non souscrit	Non souscrit	100% BR	100% BR
Transport	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>HOSPITALISATION<sup>(3)</sup></b>				
<b>HONORAIRES</b>				
Médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR	170% BR	250% BR
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>FRAIS D'HOSPITALISATION</b>				
Frais de séjour	100% BR	100% BR	150% BR	250% BR
Chambre particulière (pour une hospitalisation incluant au moins une nuit ; maximum 90 jours cumulés/an en hospitalisation psychiatrique)	Non souscrit	45 € / jour	55 € / jour	70 € / jour
Télévision / internet (pour une hospitalisation incluant au moins une nuit ; maximum 90 jours cumulés/an en hospitalisation psychiatrique)	Non souscrit	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour
Transport pris en charge par le Régime Obligatoire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>OPTIQUE<sup>(4)</sup></b>				
<b>LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT TOUS LES 2 ANS</b>				
<b>ÉQUIPEMENTS «100% SANTÉ»*</b> (Verres et montures sans reste à charge)	Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés**			
<b>ÉQUIPEMENTS LIBRES</b>				
Verre simple adulte <sup>(5)</sup>	100% BR	25 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 50 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion	40 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 70 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion	50 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 80 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion
Verre complexe adulte <sup>(6)</sup>	100% BR	100 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 120 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion	110 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 130 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion	120 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 140 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion
Monture adulte	100% BR	100% BR	70 €	90 €
<b>LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT PAR AN</b>				
Lentilles (acceptées ou refusées par le Régime Obligatoire)	100% BR	70 € / an	100 € / an	150 € / an
<b>CHIRURGIE RÉFRACTIVE</b> (interventions liées à la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme. Un seul forfait dans la vie du contrat)	Non souscrit	80 €	150 €	180 €
<b>AIDES AUDITIVES<sup>(7)</sup></b>				
<b>LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT PAR OREILLE APPAREILLÉE TOUS LES 4 ANS</b>				
<b>ÉQUIPEMENTS «100% SANTÉ»*</b> (Audioprothèses sans reste à charge)	Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés**			
<b>ÉQUIPEMENTS LIBRES</b>				
Aides auditives 20 ans et plus	100% BR	100% BR	100% BR + 200 € par appareil	100% BR + 350 € par appareil
Aides auditives moins de 20 ans	100% BR	100% BR	100% BR + 200 € par appareil	100% BR + 300 € par appareil
<b>DENTAIRE</b>				
<b>SOINS ET PROTHÈSES «100% SANTÉ»*</b> (Soins, couronnes, bridges et prothèses sans reste à charge)				
<b>SOINS</b> (Consultations / Soins dentaires)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>PROTHÈSES</b> Plafond global annuel dentaire (hors consultations : prothèses, bonus prothèses «dents du sourire» selon formule souscrite, tout inlay, implantologie) <sup>(8)</sup>	-	Plafond de 300 € / an uniquement les 2 premières années d'adhésion	Plafond de 600 € / an uniquement les 2 premières années d'adhésion	Plafond de 800 € / an uniquement les 2 premières années d'adhésion
Prothèses dentaires (le poste «prothèses dentaires» comprend tous les types de couronnes, bridges ainsi que les appareils amovibles)	100% BR	150 € / acte	250 € / acte	350 € / acte
Bonus prothèses «dents du sourire»	Non souscrit	30 € / dent	60 € / dent	100 € / dent
Tout Inlay	100% BR	155 € / acte	185 € / acte	235 € / acte
Implant racine	Non souscrit	200 € / an	300 € / an	400 € / an
<b>AUTRES</b>				
Parodontologie	Non souscrit	Non souscrit	100 € / an	200 € / an
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire <sup>(9)</sup>	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Orthodontie refusée par le Régime Obligatoire (adulte)	Non souscrit	Non souscrit	75 € / semestre	100 € / semestre
<b>ASSISTANCE</b>				
Assistance	A domicile et en déplacement	A domicile et en déplacement	A domicile et en déplacement	A domicile et en déplacement

Selon limites, conditions et exclusions prévues dans la Notice d'information et le Bulletin d'adhésion.

BR : Tarif servant de référence aux Régimes Obligatoires pour déterminer le montant de leurs remboursements.

\* Tels que définis réglementairement par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et la loi n° 2018-1203 du 23 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 ainsi que par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

\*\* Ces soins et équipements «100% Santé» sont intégralement remboursés par le Régime Obligatoire et les complémentaires santé sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés. (1) L'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) est un dispositif ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Il est à destination des médecins du secteur 2 et certains médecins du secteur 1 et a pour objectif de favoriser l'accès des patients à des tarifs de consultation au niveau de la Base de Remboursement des Régimes Obligatoires et donc réduire leur reste à charge. (2) La parapharmacie, les vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire, les traitements anti-paludéens et les traitements d'aide au sevrage tabagique sont exclus. (3) Y compris maternité et hospitalisation à domicile, limitée aux établissements conventionnés. (4) Le remboursement d'un équipement optique correspond à 1 monture et 2 verres par période de 2 ans. En cas de renouvellement de l'équipement optique pour un assuré de plus de 16 ans justifié par une évolution de la vue, les forfaits peuvent être appliqués une fois par an. Un renouvellement est possible un an après le dernier remboursement par équipement pour les enfants de moins de 16 ans. Les forfaits lunettes et chirurgie réfractive sont cumulables sur une même année d'adhésion sous réserve que la chirurgie réfractive intervienne avant l'équipement optique. (5) Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries OU sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries OU sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries. (6) Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries OU sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries OU sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie OU sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs. (7) Le remboursement d'un équipement d'aides auditives s'entend par appareil, un pour chaque oreille appareillée et pour une période de 4 ans. (8) Lorsqu'il y a intervention du Régime Obligatoire, la prise en charge est à minima de 100% de la BR y compris en cas de dépassement du plafond annuel pour les prothèses dentaires ou semestriel pour l'orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire.

Garanties Santé est un contrat de BPCE ASSURANCES, Société Anonyme au capital de 61 996 212 euros, immatriculé au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris n° B 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 88 avenue de France - 75641 Paris Cedex 13, et distribué par la Caisse d'Épargne. Les prestations d'assistance sont réalisées par INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE : Groupement d'Intérêt au capital de 3 547 170 euros, inscrit au RCS de Niort sous le N° C433 240 991 dont le siège est située 118, avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT CEDEX 9. BPCE - Société anonyme à directeur et conseil de surveillance au capital de 170 384 630 euros - Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France 75201 Paris Cedex 13 RCS Paris n° 493 455 042, intermédiaire en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le N° 08 045 100 - www.orias.fr.

	Côté NOUS - F1	Côté NOUS - F2	Côté NOUS - F3	Côté NOUS - F4
<b>SOINS COURANTS</b>				
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>				
Médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR	170% BR	220% BR
Radiologie : médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Radiologie : médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR	170% BR	220% BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b> (Analyses Médicales)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX</b> (Auxiliaires médicaux : infirmiers, orthophonistes...)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>MÉDICAMENTS</b>				
Médicaments à Service Médical Rendu Important (PH7) ou Modéré (PH4) remboursés par le Régime Obligatoire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu Faible (PH2) remboursés par le Régime Obligatoire	Non souscrit	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments non remboursés prescrits ou non, dont contraception <sup>(2)</sup>	30 € / an	45 € / an	70 € / an	100 € / an
<b>MATÉRIEL MÉDICAL</b> (Prothèses orthopédiques et autres appareillages)	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
<b>AUTRES FRAIS</b>				
Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, pédicure	Non souscrit	80 € / an	120 € / an	160 € / an
Cure Thermale prise en charge par le Régime Obligatoire	Non souscrit	100% BR	100% BR	100% BR
Transport	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>HOSPITALISATION<sup>(3)</sup></b>				
<b>HONORAIRES</b>				
Médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	170% BR	220% BR	250% BR
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>FRAIS D'HOSPITALISATION</b>				
Frais de séjour	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Chambre particulière (pour une hospitalisation incluant au moins une nuit ; maximum 90 jours cumulés/an en hospitalisation psychiatrique)	Non souscrit	45 € / jour	65 € / jour	75 € / jour
Télévision / internet (pour une hospitalisation incluant au moins une nuit ; maximum 90 jours cumulés/an en hospitalisation psychiatrique)	Non souscrit	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour
Lit d'accompagnant (en cas d'hospitalisation d'enfants ou de petits-enfants de moins de 16 ans, fiscalement à charge et désignés au contrat)	15 € / jour	20 € / jour	20 € / jour	25 € / jour
Transport pris en charge par le Régime Obligatoire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>OPTIQUE<sup>(4)</sup></b>				
<b>LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT TOUS LES 2 ANS</b>				
<b>ÉQUIPEMENTS «100% SANTÉ»*</b> (Verres et montures sans reste à charge)	Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés**			
<b>ÉQUIPEMENTS LIBRES</b>				
Verre simple adulte <sup>(5)</sup>	100% BR	50 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 75 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion	60 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 80 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion	70 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 90 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion
Verre complexe adulte <sup>(6)</sup>	100% BR	100 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 130 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion	110 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 130 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion	130 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 160 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion
Monture adulte	100% BR	100% BR	80 €	100 €
<b>LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT PAR AN</b>				
<b>ÉQUIPEMENTS «100% SANTÉ»* ENFANT</b>	Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés**			
<b>ÉQUIPEMENTS LIBRES</b>				
Verre simple enfant <sup>(5)</sup>	100% BR	60 € / verre / an	60 € / verre / an	60 € / verre / an
Verre complexe enfant <sup>(6)</sup>	100% BR	100 € / verre / an	100 € / verre / an	100 € / verre / an
Monture enfant	100% BR	100% BR	40 €	60 €
Lentilles (acceptées ou refusées par le Régime Obligatoire)	100% BR	70 € / an	100 € / an	150 € / an
<b>CHIRURGIE RÉFRACTIVE</b> (interventions liées à la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme. Un seul forfait dans la vie du contrat)	Non souscrit	100 €	150 €	200 €
<b>AIDES AUDITIVES<sup>(7)</sup></b>				
<b>LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT PAR OREILLE APPAREILLÉE TOUS LES 4 ANS</b>				
<b>ÉQUIPEMENTS «100% SANTÉ»*</b> (Audioprothèses sans reste à charge)	Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés**			
<b>ÉQUIPEMENTS LIBRES</b>				
Aides auditives 20 ans et plus	100% BR	100% BR	100% BR + 300 € par appareil	100% BR + 500 € par appareil
Aides auditives moins de 20 ans	100% BR	100% BR	100% BR + 300 € par appareil	100% BR + 300 € par appareil
<b>DENTAIRE</b>				
<b>SOINS ET PROTHÈSES «100% SANTÉ»*</b> (Soins, couronnes, bridges et prothèses sans reste à charge)				
Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés**				
<b>SOINS</b> (Consultations / Soins dentaires)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>PROTHÈSES</b> Plafond global annuel dentaire (hors consultations : prothèses, bonus prothèses «dents du sourire» selon formule souscrite, tout inlay, implantologie) <sup>(8)</sup>	Plafond de 250 € / an	Plafond de 400 € / an uniquement les 2 premières années d'adhésion	Plafond de 800 € / an uniquement les 2 premières années d'adhésion	Plafond de 1000 € / an uniquement les 2 premières années d'adhésion
Prothèses dentaires (le poste «prothèses dentaires» comprend tous les types de couronnes, bridges ainsi que les appareils amovibles)	150 € / acte	270 € / acte	370 € / acte	500 € / acte
Bonus prothèses «dents du sourire»	Non souscrit	30 € / dent	60 € / dent	100 € / dent
Tout inlay	100% BR	155 € / acte	185 € / acte	185 € / acte
Implant racine	Non souscrit	200 € / an	350 € / an	600 € / an
<b>AUTRES</b>				
Parodontologie	Non souscrit	Non souscrit	150 € / an	200 € / an
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire <sup>(9)</sup>	290 € / semestre	390 € / semestre	540 € / semestre	690 € / semestre
Orthodontie refusée par le Régime Obligatoire (adulte)	Non souscrit	Non souscrit	75 € / semestre	150 € / semestre
<b>FORFAIT NAISSANCE</b>				
Forfait de naissance ou d'adoption	100 €	150 €	150 €	150 €
<b>ASSISTANCE</b>				
Assistance	A domicile, en déplacement et en cas de maternité	A domicile, en déplacement et en cas de maternité	A domicile, en déplacement et en cas de maternité	A domicile, en déplacement et en cas de maternité

Selon limites, conditions et exclusions prévues dans la Notice d'information et le Bulletin d'adhésion.

BR : Tarif servant de référence aux Régimes Obligatoires pour déterminer le montant de leurs remboursements.

\* Tels que définis réglementairement par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et la loi n° 2018-1203 du 23 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 ainsi que par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

\*\* Ces soins et équipements «100% Santé» sont intégralement remboursés par le Régime Obligatoire et les complémentaires santé sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés. (1) L'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) est un dispositif ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Il est à destination des médecins du secteur 2 et certains médecins du secteur 1 et a pour objectif de favoriser l'accès des patients à des tarifs de consultation au niveau de la Base de Remboursement des Régimes Obligatoires et donc réduire leur reste à charge. (2) La parapharmacie, les vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire, les traitements d'aide au sevrage tabagique sont exclus. (3) Y compris maternité et hospitalisation à domicile, limitée aux établissements conventionnés. (4) Le remboursement d'un équipement optique correspond à 1 monture et 2 verres par période de 2 ans. En cas de renouvellement de l'équipement optique pour un assuré de plus de 16 ans justifié par une évolution de la vue, les forfaits peuvent être appliqués une fois par an. Un renouvellement est possible un an après le dernier remboursement par équipement pour les enfants de moins de 16 ans. Les forfaits lunettes et chirurgie réfractive sont cumulables sur une même année d'adhésion sous réserve que la chirurgie réfractive intervienne avant l'équipement optique. (5) Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries OU sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries OU sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries. (6) Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries OU sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries OU sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie OU sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs. (7) Le remboursement d'un équipement d'aides auditives s'entend par appareil, un pour chaque oreille appareillée et pour une période de 4 ans. (8) Lorsqu'il y a intervention du Régime Obligatoire, la prise en charge est à minima de 100% de la BR y compris en cas de dépassement du plafond annuel pour les prothèses dentaires ou semestriel pour l'orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire.

Garanties Santé est un contrat de BPCE ASSURANCES, Société Anonyme au capital de 61 996 212 euros, immatriculé au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris n° B 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 88 avenue de France - 75641 Paris Cedex 13, et distribué par la Caisse d'Épargne. Les prestations d'assistance sont réalisées par INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE : Groupement d'Intérêt au capital de 3 547 170 euros, inscrit au RCS de Niort sous le N° C433 240 991 dont le siège est située 118, avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT CEDEX 9. BPCE - Société anonyme à directeur et conseil de surveillance au capital de 170 384 630 euros - Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France 75201 Paris Cedex 13 RCS Paris n° 493 455 042, intermédiaire en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le N° 08 045 100 : www.orias.fr.

	Côté MASTER - F1	Côté MASTER - F2	Côté MASTER - F3	Côté MASTER - F4
<b>SOINS COURANTS</b>				
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>				
Médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	170% BR	220% BR	300% BR
Radiologie : médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Radiologie : médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	170% BR	220% BR	300% BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b> (Analyses Médicales)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX</b> (Auxiliaires médicaux : infirmiers, orthophonistes...)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>MÉDICAMENTS</b>				
Médicaments à Service Médical Rendu Important (PH7) ou Modéré (PH4) remboursés par le Régime Obligatoire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu Faible (PH2) remboursés par le Régime Obligatoire	Non souscrit	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments non remboursés prescrits ou non <sup>(2)</sup>	30 € / an	45 € / an	70 € / an	100 € / an
<b>MATÉRIEL MÉDICAL</b> (Prothèses orthopédiques et autres appareillages)	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
<b>AUTRES FRAIS</b>				
Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, pédicure	Non souscrit	80 € / an	120 € / an	160 € / an
Cure Thermale prise en charge par le Régime Obligatoire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Transport	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>HOSPITALISATION<sup>(3)</sup></b>				
<b>HONORAIRES</b>				
Médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup>	100% BR	170% BR	220% BR	300% BR
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>FRAIS D'HOSPITALISATION</b>				
Frais de séjour	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Chambre particulière (pour une hospitalisation incluant au moins une nuit ; maximum 90 jours cumulés/an)	Non souscrit	40 € / jour	60 € / jour	80 € / jour
Télévision / internet (pour une hospitalisation incluant au moins une nuit ; maximum 90 jours cumulés/an en hospitalisation psychiatrique)	Non souscrit	10 € / jour	10 € / jour	10 € / jour
Lit d'accompagnement (en cas d'hospitalisation du (de la) conjoint(e) désigné(e) au contrat)	Non souscrit	20 € / jour	25 € / jour	40 € / jour
Transport pris en charge par le Régime Obligatoire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>OPTIQUE<sup>(4)</sup></b>				
<b>LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT TOUS LES 2 ANS</b>				
<b>ÉQUIPEMENTS «100% SANTÉ»*</b> (Verres et montures sans reste à charge)	Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés**			
<b>ÉQUIPEMENTS LIBRES</b>				
Verre simple adulte <sup>(5)</sup>	25 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 50 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion	50 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 90 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion	80 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 110 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion	110 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 130 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion
Verre complexe adulte <sup>(6)</sup>	100 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 120 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion	110 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 130 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion	130 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 160 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion	150 € / verre les 2 premières années Avantage fidélité : 180 € / verre à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion
Monture adulte	100% BR	70 €	90 €	100 €
<b>LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT PAR AN</b>				
Lentilles (acceptées ou refusées par le Régime Obligatoire)	100% BR	70 € / an	100 € / an	140 € / an
<b>AIDES AUDITIVES<sup>(7)</sup></b>				
<b>LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT PAR OREILLE APPAREILLÉE TOUS LES 4 ANS</b>				
<b>ÉQUIPEMENTS «100% SANTÉ»*</b> (Audioprothèses sans reste à charge)	Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés**			
<b>ÉQUIPEMENTS LIBRES</b>				
Aides auditives 20 ans et plus	100% BR	100% BR + 250 € par appareil	100% BR + 400 € par appareil	100% BR + 600 € par appareil
<b>DENTAIRE</b>				
<b>SOINS ET PROTHÈSES «100% SANTÉ»*</b> (Soins, couronnes, bridges et prothèses sans reste à charge)				
<b>SOINS</b> (Consultations / Soins dentaires)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>PROTHÈSES</b> Plafond global annuel dentaire (hors consultations : prothèses, bonus prothèses «dents du sourire» selon formule souscrite, tout inlay, implantologie) <sup>(8)</sup>	Plafond de 400 € / an uniquement les 2 premières années d'adhésion	Plafond de 800 € / an uniquement les 2 premières années d'adhésion	Plafond de 1 000 € / an uniquement les 2 premières années d'adhésion	Plafond de 1 500 € / an uniquement les 2 premières années d'adhésion
Prothèses dentaires (le poste «prothèses dentaires» comprend tous les types de couronnes, bridges ainsi que les appareils amovibles)	150 € / acte	270 € / acte	400 € / acte	550 € / acte
Tout inlay	155 € / acte	185 € / acte	235 € / acte	300 € / acte
Implant racine	Non souscrit	300 € / an	500 € / an	800 € / an
<b>AUTRES</b>				
Parodontologie	Non souscrit	75 € / an	200 € / an	350 € / an
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire <sup>(9)</sup>	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>ASSISTANCE</b>				
Assistance	A domicile et en déplacement	A domicile et en déplacement	A domicile, en déplacement et aide aux aidants	A domicile, en déplacement et aide aux aidants

Selon limites, conditions et exclusions prévues dans la Notice d'information et le Bulletin d'adhésion.

BR : Tarif servant de référence aux Régimes Obligatoires pour déterminer le montant de leurs remboursements.

\* Tels que définis réglementairement par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et la loi n° 2018-1203 du 23 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 ainsi que par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

\*\* Ces soins et équipements «100% Santé» sont intégralement remboursés par le Régime Obligatoire et les complémentaires santé sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés. (1) L'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) est un dispositif ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Il est à destination des médecins du secteur 1 et a pour objectif de favoriser l'accès des patients à des tarifs de consultation au niveau de la Base de Remboursement des Régimes Obligatoires et donc réduire leur reste à charge. (2) La parapharmacie, les vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire, les traitements anti-paludéens et les traitements d'aide au sevrage tabagique sont exclus. (3) Y compris maternité et hospitalisation à domicile, limitée aux établissements conventionnés. (4) Le remboursement d'un équipement optique correspond à 1 monture et 2 verres par période de 2 ans. En cas de renouvellement de l'équipement optique pour un assuré de plus de 16 ans justifié par une évolution de la vue, les forfaits peuvent être appliqués une fois par an. Un renouvellement est possible un an après le dernier remboursement par équipement pour les enfants de moins de 16 ans. Les forfaits lunettes et chirurgie réfractive sont cumulables sur une même année d'adhésion sous réserve que la chirurgie réfractive intervienne avant l'équipement optique. (5) Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries OU sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries OU sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries. (6) Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries OU sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries OU sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie OU sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries. Verres multifocaux ou progressifs. (7) Le remboursement d'un équipement d'aides auditives s'entend par appareil, un pour chaque oreille appareillée et pour une période de 4 ans. (8) Lorsqu'il y a intervention du Régime Obligatoire, la prise en charge est à minima de 100% de la BR y compris en cas de dépassement du plafond annuel pour les prothèses dentaires ou semestriel pour l'orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire.

Garanties Santé est un contrat de BPCE ASSURANCES, Société Anonyme au capital de 61 996 212 euros, immatriculé au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris n° B 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 88 avenue de France - 75641 Paris Cedex 13, et distribué par la Caisse d'Épargne. Les prestations d'assistance sont réalisées par INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE : Groupement d'Intérêt au capital de 3 547 170 euros, inscrit au RCS de Niort sous le N° C433 240 991 dont le siège est située 118, avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT CEDEX 9. BPCE - Société anonyme à directeur et conseil de surveillance au capital de 170 384 630 euros - Siège social : 50, avenue Pierre Mendès France 75201 Paris Cedex 13 RCS Paris n° 493 455 042, intermédiaire en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le N° 08 045 100 - www.orias.fr.